



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1  
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ADAPTABILIDAD Y COHESION COMO DIMENSIONES DE  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON  
DIABÉTES EN TRATAMIENTO DE INSULINA, ADSCRITOS A  
LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N° 7, DELEGACIÓN  
AGUASCALIENTES  
TESIS**

**PRESENTADA POR**

**Rodrigo Hernán Hurtado Castellanos.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR**

**Dra. Erika Lorena Vega Silva**

**Aguascalientes, Ags. 30 de enero de 2017**



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2017

**CARTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1, AGUASCALIENTES**

**DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**

**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**P R E S E N T E:**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

**DR. RODRIGO HERNÁN HURTADO CASTELLANOS**

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

**ADAPTABILIDAD Y COHESION COMO DIMENSIONES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABÉTES EN TRATAMIENTO DE INSULINA, ADSCRITOS A LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N° 7, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

Número de registro: **R-2016-101-12** del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**.

El Dr. Rodrigo Hernán Hurtado Castellanos asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

**ATENTAMENTE**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Erika Lorena Vega Silva'.

Dra. Erika Lorena Vega Silva



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2017

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS.**

**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.**

**P R E S E N T E:**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

**DR. RODRIGO HERNÁN HURTADO CASTELLANOS**

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

**ADAPTABILIDAD Y COHESION COMO DIMENSIONES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABÉTES EN TRATAMIENTO DE INSULINA, ADSCRITOS A LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N° 7, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

Numero de registro: **R-2016-101-12** del Comité Local de Investigación en salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Rodrigo Hernán Hurtado Castellanos asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**

**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



UNIVERSIDAD AUTONOMA  
DE AGUASCALIENTES

RODRIGO HERNÁN HURTADO CASTELLANOS  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN COMO DIMENSIONES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES EN TRATAMIENTO DE INSULINA, ADSCRITOS A LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N° 7, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:  
**Especialista en Medicina Familiar**

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**“SE LUMEN PROFERRE”**  
Aguascalientes, Ags., 31 de Enero de 2017.

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS**  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa del Departamento de Control Escolar  
c.c.p. Archivo



## AGRADECIMIENTOS

A mi madre la guía y siempre la autora intelectual de lograr en mi la inspiración para seguir adelante y ser alguien cada día mejor en esta vida, por su ejemplo de vida y sobre todo por cariño incondicional.

A mi padre que dios tenga en su gloria, por siempre con su ejemplo mostrarme lo mejor y que debemos ser siempre íntegros con lo que pensamos y queremos, por su ejemplo de dedicación y deseos de superarse para su familia.

A ambos por ser los mejores padres que pude haber tenido en esta vida.

A mis hermanos por siempre estar conmigo en los momentos difíciles y apoyarme y expresar su cariño y entender todas mis carencias durante la etapa de formación que pase.

A la Dra. Ana Hortensia López Ramírez, por todo su paciencia y cariño de madre protectora que siempre mantuvo integro durante mi formación.

A mi asesora Dra. Ericka Vega por su incansable paciencia y guía para lograr este objetivo.

A todos y cada uno de los doctores tutores que siempre aportaron un conocimiento, una opinión, o un consejo que influyeron de manera positiva sobre mi formación médica.

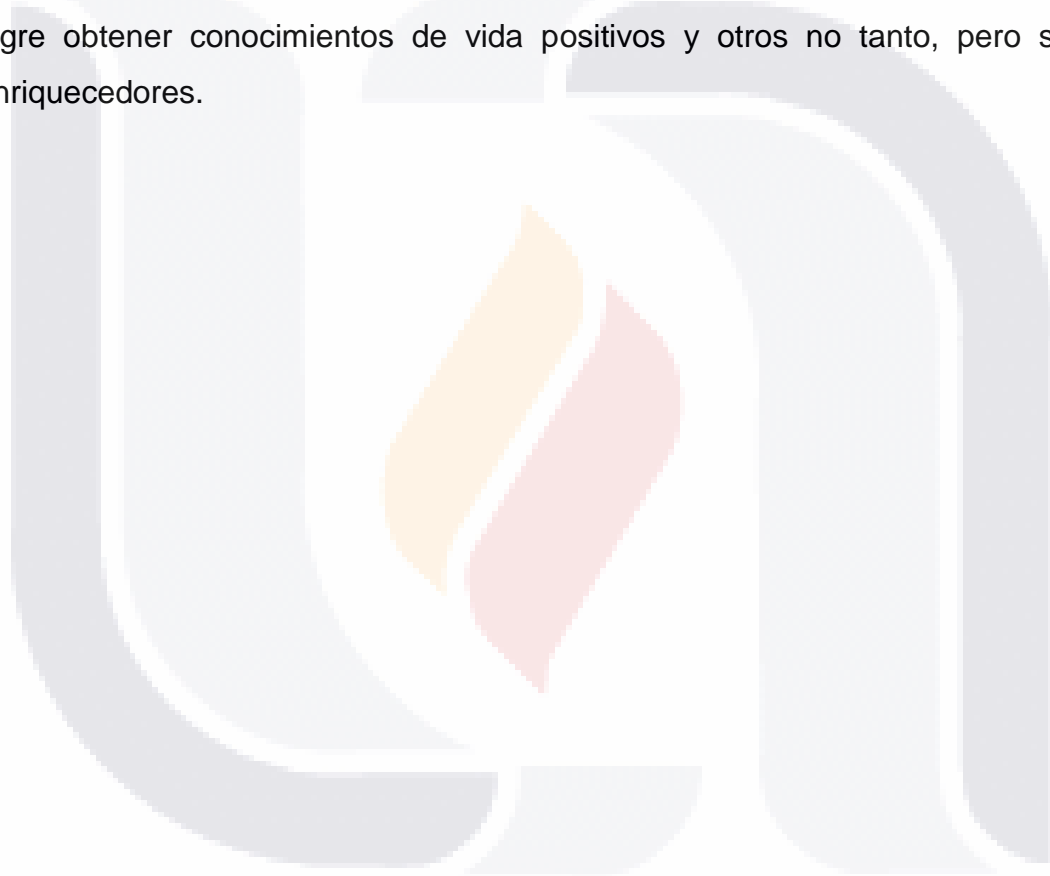
A mis amigos durante este proceso de aprendizaje medico, que ayudaron a sacar siempre lo mejor de mí, y siempre estuvieron cerca para brindarme su amistad incondicional.

## DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por mostrarme que en familia y con su apoyo incondicional siempre puedes lograr lo que deseas.

A dios por siempre cuidar y guiar mis pasos hasta este momento.

A la misma vida por ponerme en esta etapa de aprendizaje, en la cual siempre logre obtener conocimientos de vida positivos y otros no tanto, pero siempre enriquecedores.



## ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	1
ÍNDICE DE TABLAS .....	4
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	4
ACRÓNIMOS.....	5
RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
MARCO TEÓRICO .....	11
ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	11
MODELOS Y TEORÍAS .....	19
Definición y diagnóstico de diabetes mellitus.....	19
Epidemiología de diabetes Mellitus.....	20
Concepto de insulinización oportuna en diabetes Mellitus tipo 2 .....	21
Aceptación y barreras para el inicio y la intensificación del tratamiento con insulina.....	21
EFECTOS SECUNDARIOS.....	23
LA FAMILIA .....	24
Estructura y funciones de la familia.....	25
Dinámica familiar .....	26
Funcionalidad familiar.....	27
Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares.....	28
Tipos de Crisis Familiares .....	32
Disfunción familiar en pacientes con Diabetes Mellitus.....	32
Impacto negativo de la disfunción familiar en pacientes con diabetes.....	33

JUSTIFICACIÓN .....	34
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	39
1. Contextualización del problema de estudio. ....	39
2. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio ...	40
3. Panorama del estado de salud.....	41
Funcionalidad familiar.....	41
4. Descripción del sistema de atención de la salud .....	42
Normas.....	42
5. Descripción de la naturaleza del problema. ....	44
6. Descripción de la distribución del problema .....	45
7. Descripción de la gravedad del problema.....	46
Magnitud:.....	46
Trascendencia: .....	47
10. Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema. ....	48
11. Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizará para solucionar el problema.....	50
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: .....	51
OBJETIVO GENERAL .....	51
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
HIPÓTESIS .....	51
Hipótesis alterna .....	51
Hipótesis nula.....	52
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	52
Hipótesis específica alterna .....	52
Hipótesis específicas nulas.....	52



MATERIAL Y MÉTODOS.....	53
Diseño del estudio: .....	53
Periodo del estudio:.....	53
Sede del estudio:.....	53
Universo de estudio: .....	53
Tipo de muestreo:.....	53
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	54
Criterios de inclusión:.....	54
Criterios de no inclusión: .....	54
Criterios de exclusión:.....	54
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	55
LOGISTICA .....	55
ANÁLISIS DE LA INFORMACION.....	56
ASPECTOS ÉTICOS .....	56
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....	56
Recursos materiales.....	56
Recursos humanos .....	57
Recursos financieros .....	57
Factibilidad.....	57
RESULTADOS.....	58
DISCUSION .....	65
LIMITACIONES DEL ESTUDIOS.....	68
RECOMENDACIONES.....	68
CONCLUSIONES .....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ..... 76

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ..... 77

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE FACES III..... 79

ANEXO 4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES..... 80

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE EDAD.....58

Tabla 2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE SEXO.....58

Tabla 3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ESTDO CIVIL.....59

Tabla 4. VARIABLES DE TIEMPO DE EVOLUCION.....60

Tabla 5. CALIFICACION CUANTITATIVA COHESION.....60

Tabla 6. CALIFICACION CUANTITATIVA ADAPTABILIDAD.....60

Tabla 7. PREVALENCIAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR COHESION.....61

Tabla 8. PREVALENCIAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR ADAPTABILIDAD.....62

**ÍNDICE DE GRÁFICAS**

Grafica 1. PORCENTAJES DE SEXO.....59

Grafica 2. PORCENTAJES DEL ESTADO CIVIL.....59

Grafica 3. TIPOLOGÍA FAMILIAR EN COHESIÓN.....61

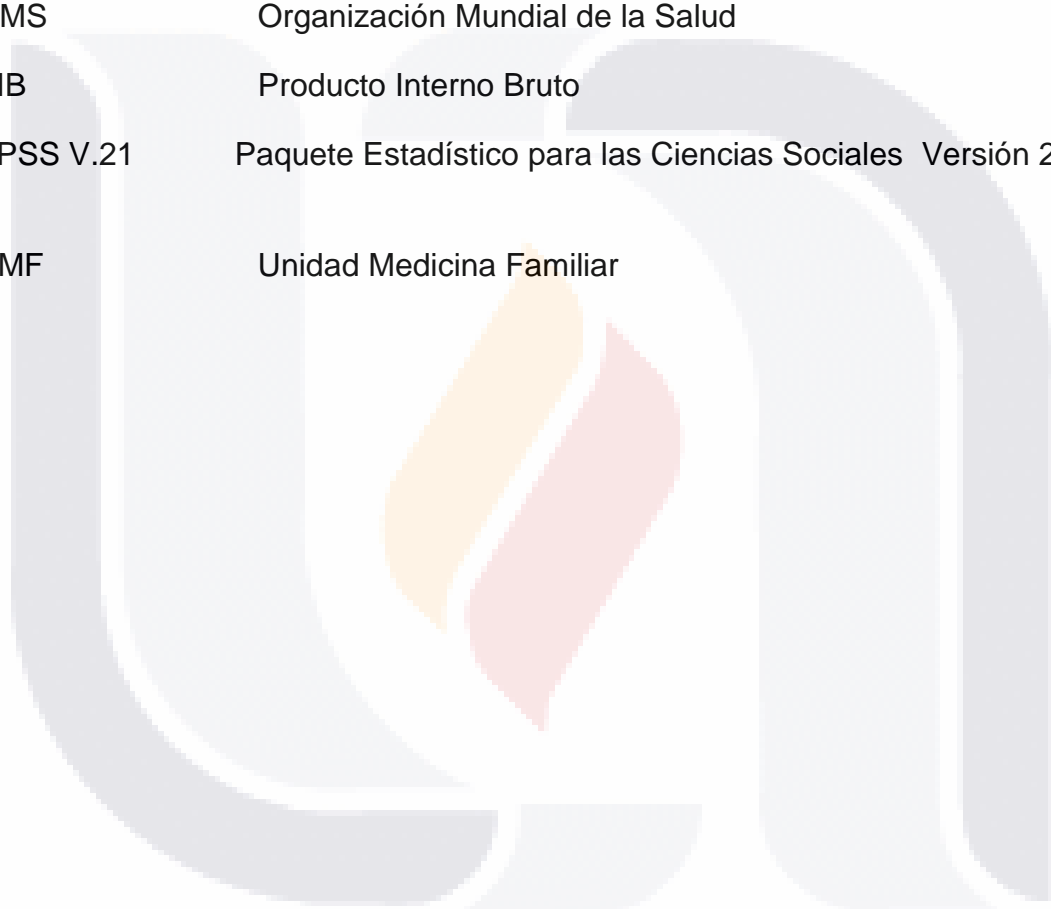
Grafica 4. TIPOLOGÍA FAMILIAR DE ADAPTABILIDAD.....62

Grafica 5.MODELO CIRCUNFLEJO DE LOS SISTEMAS MARITALES Y FAMILIARES.....63

Grafica 6. PORCENTAJE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....64

## ACRÓNIMOS

DM	Diabetes Mellitus
FACES III	III Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
SPSS V.21	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales Versión 21
UMF	Unidad Medicina Familiar



## RESUMEN

**Antecedentes.** La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta la calidad y expectativa de vida. Sin embargo, existen pocas evidencias de la descripción disfunción familiar en pacientes con diabetes mellitus con tratamiento de insulina.

**Objetivo general.** Describir la funcionalidad familiar de los pacientes con diabetes mellitus, actualmente con tratamiento de insulina de la UMF. No. 7 de Aguascalientes.

**Material y métodos.** Estudio transversal observacional descriptivo. El tipo de muestreo será aleatorio por conveniencia, tomando como muestra a los pacientes con diabetes que usen insulina y que acudan a consulta el mes de Octubre del 2016 a los cuales se les aplicará el test FACES III, previa firma de la carta de consentimiento bajo información, para lo cual se incluirán a los participantes con criterios de inclusiones de los cuales el más importante es el paciente tenga tratamiento de insulina.

**Tiempo a desarrollarse.** Mayo de 2015 – Octubre de 2016.  
**Experiencia del grupo.** El investigador principal es Médico Familiar con experiencia en el uso de herramientas para evaluar la función familiar, experiencia y motivación para participar.  
**Resultados.** Se evaluaron 145 pacientes de ambos sexos que acudieron a la UMF 7 de Aguascalientes, por el motivo de consulta control de DM con tratamiento de insulina, entre las edades de 35 a 80 años, Los resultados de los porcentajes de las posibles combinaciones en la tipología familiar según el grado de funcionalidad familiar correspondiente en el modelo circunflejo de sistemas, obtuvimos un una sumatoria de los porcentajes de frecuencia de 87.7%, de las familias de los pacientes son funcionales, y el 12.3% de las familias se consideran disfuncionales.  
**Conclusiones.** Aceptamos la propuesta de este estudio de la existencia de funcionalidad familiar, en las dimensiones y adaptabilidad, en las familias del paciente con diabetes Mellitus con tratamiento con insulina.

## **ABSTRACT**

Background. Diabetes mellitus is a disease that affects quality and life expectancy. However, there is little evidence of familial dysfunction in patients with diabetes mellitus treated with insulin.

General objective. Describe the family functionality of patients with diabetes mellitus, currently receiving insulin treatment from the FMU. No. 7 of Aguascalientes. Material and methods. Descriptive observational cross-sectional study. The type of sampling will be random for convenience, taking as a sample the patients with diabetes who use insulin and who come to consultation in October 2016, to whom will be applied the FACES III test, after signing the letter of consent under Information, for which participants will be included with criteria of inclusions of which the most important is that the patient has insulin treatment. Time to develop. May 2015 - October 2016. Group experience. The principal investigator is Family Physician with experience in using tools to assess family function, experience and motivation to participate. Results. We evaluated 145 patients of both sexes who attended the FMU 7 of Aguascalientes, for the reason of consultation DM control with insulin treatment, between the ages of 35 to 80 years, the results of the percentages of the possible combinations in the typology According to the degree of corresponding family functionality in the circumflex model of systems, we obtained a summation of the frequency percentages of 87.7%, the families of the patients are functional, and 12.3% of the families are considered dysfunctional. Conclusions. We accept the proposal of this study of the existence of family functionality, in the dimensions and adaptability, in the families of the patient with diabetes mellitus with insulin treatment.

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes es una de las patologías en las que actualmente el sistema de salud en México enfrenta como un problema creciente en nuestro país, pues se calcula que más de 8 millones de mexicanos tienen esta enfermedad, y de no tener un buen diagnóstico, control y tratamiento de la misma, ocasiona complicaciones graves de salud mismo que condicionan a un paciente a disminuir sus capacidades para valerse por sí mismo, ser productivo, y para estar integrado en un sociedad

La familia como unidad y sistema básico de la sociedad actual requiere adaptarse; precisamente por las dificultades transicionales, la tarea psicosocial de la familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente. Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos. Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo.

Cuando una persona padece de Diabetes Mellitus, y debe mantener un apego a un tratamiento como es la insulina, el apoyo familiar es muy importante. De vital importancia para estar más cercanos, fortalecerse y respaldarse. Es importante en caso de que presentes una crisis, por lo tanto es importante encontrar un equilibrio en la relación donde exista el apoyo, la confianza en la relación paciente con su familia. El pronóstico de las personas con diabetes ha cambiado los avances en tratamientos, el mejor apego a pacientes con

enfermedades crónicas, han cambiado la perspectiva y la calidad de vida del paciente. Los sentimientos y emociones que se enfrentan pueden no ser detectados o realmente tomados en cuenta entorno al paciente, por lo que es importante enfocar los esfuerzos médicos obtenidos por el especialista en medicina familiar, y por medio de instrumentos adecuados detectar estos problemas que derivan disfunción familiar. Y por tanto que todos los miembros de la familiar puedan recibir apoyo por parte de profesionales de la salud, capacitándose para enfrentar este nuevo reto de la mejor forma posible.

El profesional de la salud debe siempre pretender mantener las relaciones sociales más sanas posibles y mantenga la calidad la familia. Además de múltiples instrumentos los cuales podemos medir como el paciente cuide de sí mismo y permita mantener un buen apego y control de su patología crónica.

Cuando la familia tiene problemas, alegrías o tristezas internas, repercuten en todos los familiares, sufriendolos o disfrutándolos, debido a su total interrelación. La familia se convierte en la unidad vital del paciente, y la forma en que enfrente la evolución de la enfermedad.

Por lo tanto es difícil que una persona que no posea un apoyo emocional por parte de su unidad vital básica que en este caso sería la familia, pueda mantener un adecuado estado de motivación para continuar con su apego y control a su enfermedad crónica.

Reacciones negativas como pueden ser la negación de su padecimiento, significaría no atender a una posibilidad de una buena calidad de vida, sumando que en sus inicios suelen ser asintomáticos, cuestión en la cual una familiar funcional puede intervenir a su propicio inicio de tratamiento y control. La agresión o rechazo del paciente con una enfermedad crónica por lo general se manifiesta incomprendido, por lo que una buena funcionalidad familiar provee estabilidad y apoyo ante estas crisis emocionales. Además el paciente puede tener reacciones de racionalización, apoyando su conducta en argumentos o razones que justifican su conducta inapropiada ante la

enfermedad. Por lo tanto estas actitudes ante una patología conducen a actitud disfuncional propia y en consecuencia una posible familiar disfuncional. En relación al profesional médico debe tener una actitud de detectar a un paciente con disfunción ante su enfermedad contra un paciente que muestra una actitud obediente, en el tratamiento de su padecimiento .En atención medica primaria son buscamos que se pueden solucionar de forma definitiva.

Por lo tanto buscamos la distorsión en la vida de la persona, teniendo repercusión sobre el área personal, familiar y social del individuo. Y por tanto se produce una pérdida del equilibrio familiar. Y se manifiesta con, la pérdida del rol del enfermo, cambios en el rol de los demás miembros de la familia, separación del entorno familiar, problemas de comunicación en la familia.

En este estudio de investigación, logramos localizar pacientes con diabetes Mellitus con tratamiento de insulina de la UMF 7 en la delegación Aguascalientes, de los cuales obtuvimos información necesaria para medir la funcionalidad familiar según las dimensiones propuestas de nuestro instrumento de medición FACES III, las cuales son cohesión y adaptabilidad, consideradas de como parámetros muy pertinentes para medir aspectos como lo son autonomía individual de los integrantes de la familia, además del vinculo emocional, y como se modifican las estructuras de la familia ante la necesidad de adaptación en una crisis, como puede ser una patología crónica de un miembro de su familia. Estas dimensiones fueron evaluadas en todos los participantes en nuestro estudio de investigación, buscando esclarecer cómo percibe el funcionamiento de su familia ante su enfermedad, y sobre todo como siente el apoyo en momentos de crisis. El estudio categorizara a las familias de nuestros pacientes y posterior a esto lograr concluir la funcionalidad familiar de cada una de sus familias, sacando promedios y porcentajes de repetición



## MARCO TEÓRICO

### *ANTECEDENTES CIENTIFICOS*

**García-Leetch, E. (2009).** En su estudio de “Funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer cervico-uterino y factores asociados”, con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad en pacientes con diagnóstico de esta patología y factores asociados, realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo, se aplicó el Test de Apgar y el FACES III, para evaluar la funcionalidad familiar, así como el Test de Holmes para evaluar las crisis familiares y la Evaluación del sistema conyugal para valorar la funcionalidad de la pareja. Con una muestra de 90 pacientes, con diagnóstico de Cáncer cervico-uterino in situ o invasor, que acudieron a la Clínica de Displasias y Oncología Quirúrgica del Hospital Regional de Orizaba, Veracruz. Se encontró que 92.2% pertenecían a una familia funcional de acuerdo al APGAR, en base al FACES III, la tipología familiar más frecuente fue la familia extrema (58.8%), y de acuerdo al modelo circunflejo, el 53.33% de las pacientes presentaba una familia aglutinada-caótica. El 74.4% de las pacientes no presentaban crisis, de acuerdo al Holmes, y el subsistema conyugal reveló que 42.2% son funcionales ( $p < 0.05$ ). El 87.5% de las mujeres menores de 30 años fueron moderadamente balanceadas; en cambio, mujeres mayores de 30 años, con una y más de 3 gestas presentaban familias extremas (55.8% y 54.5%).<sup>1</sup>

**Rodríguez Mónica y Cols.** con el objetivo de describir semejanzas y diferencias surgidas de la evaluación que realizan pacientes alcohólicos y familiares en relación a su funcionamiento familiar, realizaron un estudio denominado Funcionamiento familiar desde la percepción del paciente alcohólico y sus familiares, obteniendo que los resultados más relevantes fueron que la percepción del funcionamiento familiar es diferente en los pacientes y familiares, pues la mayoría de los pacientes perciben que conviven en familias con riesgo de

disfuncionabilidad y la mayoría de los familiares consideran que conviven en familias disfuncionales. En todas las familias existe una crisis paranormativa por problemas de salud de uno de sus miembros. El 56% de los pacientes perciben que su familia es moderadamente funcional y el 22% considera que sus familias tienen un funcionamiento óptimo, lo que podría estar vinculado con la poca crítica de la enfermedad. La falta de percepción de los daños que ocasiona el consumo, además de no tener en cuenta la afectación que causa su enfermedad en el contexto familiar. Mientras que los pacientes señalan como más afectadas la adaptabilidad y permeabilidad, las que tienen que ver con la percepción del apoyo social, la flexibilidad ante los cambios familiares y búsqueda de ayuda en momentos o situaciones que son de vital importancia para la familia, los familiares consideran que las variables afectividad, roles y armonía son las más afectadas. Es de destacar que la variable adaptabilidad fue la peor evaluada por los pacientes. En la dimensión Psicoafectiva, Las emociones que predominan en las familias según la opinión de pacientes y familiares son la tristeza seguida por la angustia. La emoción que menos predomina es la ironía-hostilidad que alcanzó similares puntuaciones tanto en pacientes como en familiares. Los sujetos enfermos sólo consideraron la tristeza en sus hogares por el daño que ellos mismos ocasionan a la familia, mientras que los familiares, se refirieron a esta emoción, por ver como el paciente acababa con su vida, así como al percibir y evaluar todas las pérdidas que iba teniendo el paciente. La mayoría de los pacientes perciben que conviven en familias con riesgo de disfuncionabilidad, con afectación en la permeabilidad y adaptabilidad familiar. <sup>2</sup>

**Sainos-López, DG. (2014).** En su estudio de “Funcionalidad familiar en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia”, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar en este tipo de pacientes, realizaron un estudio observacional, descriptivo, transversal, en donde aplicaron el Test de Apgar y el FACES III, ambos para evaluar la funcionalidad familiar, a 30 pacientes con dichas patologías que acudieron al servicio de psicología de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 de la Ciudad de Puebla. Se obtuvo una media

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para la edad de 20.4 años, en cuanto al tiempo de diagnóstico una media de 11.73 meses; mediante el FACES III, se observó el 50% de las familias en rango extremo, lo que indica disfunción familiar, y con un 16.7% como balanceadas, que indica funcionalidad familiar; con el Test de Apgar, se obtuvo con el 36.7% disfunción familiar grave, 46.7% con funcionalidad moderada, mientras que con el 16.7% se observó funcionalidad familiar.<sup>3</sup>

**Reyes Luna y Cols. (2010).** Realizaron un estudio de cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Las enfermedades crónico-degenerativas ponen en riesgo la vida de quien la sufre y alteran las actividades diarias de los otros integrantes de la familia, ya que tanto el enfermo como sus familiares viven cambios en diferentes aspectos. Por ello, el objetivo de esta investigación fue describir los cambios que enfermo y familia presentan en la cotidianidad familiar. Se trabajó con 112 participantes que tuvieran o fueran enfermos crónico-degenerativos, a quienes se aplicaron instrumentos para evaluar su vida familiar. En los resultados se identificaron cambios en la alimentación, horarios de comidas, gasto, actividades compartidas, comunicación y forma de afrontar la enfermedad y sus consecuencias, tanto en el paciente como en la familia. Las autoras analizan las consecuencias de la enfermedad en las funciones orgánicas, sociales y emocionales en la vida del enfermo y su familia.<sup>4</sup>

**Garay Sevilla y Cols. (2006)** Realizaron un estudio denominado El mundo emocional del paciente diabético. En donde describen que los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante porque cambia su vida y puede acortarla; el riesgo de las complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, y nefropatía. Se enfrentan a la responsabilidad de cuidar su salud, por lo que el reto de cambio del estilo de vida es muy importante el entorno social, los familiares pueden ser fuentes importantes de apoyo. Estudios han demostrado que el apoyo social es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento. Ambiente

social. Durante el curso de enfermedades crónicas con la diabetes, interacciones adversas, pueden imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia. se ha enfatizado que el sistema familiar juega un papel importante en la iniciación, selección de síntomas, curso clínico, uso de las facilidades clínicas y la adherencia al tratamiento en diversas enfermedades crónicas. <sup>5</sup>

**Martínez-Pampliega y Cols. 2005.** Realizaron un estudio de revisión acerca “Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español”. El presente estudio instrumental desarrolla una escala breve de análisis del funcionamiento familiar a partir de la escala americana Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II), adaptada culturalmente a España. Para ello, se ha empleado un procedimiento riguroso de análisis, tanto en lo que se refiere al diseño de retrotraducción inicial como al posterior estudio empírico. Con una muestra de 243 estudiantes universitarios el estudio ha concluido con el desarrollo de una versión breve de la escala FACES de tan solo 20 ítems. Este instrumento ha demostrado tener unas buenas cualidades psicométricas, al haber obtenido unos índices de fiabilidad más altos que las habituales (alfa de Cronbach de 0,89 y 0,87 respectivamente para las subdimensiones de Cohesión y Adaptabilidad), y una adecuada validez convergente y divergente demostrada a través de escalas relevantes. La validez de constructo resulta respaldada a través de un análisis factorial confirmatorio, el cual arrojó índices adecuados en relación a la estructura bidimensional establecida por los autores (GFI= 0,92; NFI= 0,89; RMSEA= 0,07). Esta escala supera las dificultades observadas en versiones españolas previas. . Se ha concluido con el desarrollo de una escala de 20 ítems, 10 por dimensión teórica, utilizando para ello procedimientos rigurosos, tanto en lo que se refiere al proceso de traducción-retrotraducción como al estudio empírico posterior. En segundo lugar, la validez de constructo ha sido valorada tanto por procedimientos de factorización exploratorios como confirmatorios. El análisis exploratorio de componentes principales de los ítems retenidos ha mostrado una estructura de tres factores, los dos primeros con mayor agrupación de variables y cuya distribución correspondía con la proposición

del modelo circunflejo, lo cual permite sugerir su adecuación teórica. El análisis confirmatorio posterior, imponiendo la estructura dimensional teórica y analizando la adecuación de los datos a dicha propuesta, ha mostrado índices de bondad de ajuste aceptables que permiten ratificar la bidimensionalidad valorada por el FACES en confluencia con la propuesta por el grupo de Olson. No obstante, la magnitud de la covarianza observada entre la dimensión de cohesión y adaptabilidad ( $\alpha=0,85$ ), deja abierta la cuestión sobre la existencia o no de dos constructos claramente diferenciados, o la posibilidad de que pudieran ser subsumidos bajo una dimensión de segundo orden referida al funcionamiento familiar, lo cual permitiría una valoración global de este constructo a partir de una puntuación única.<sup>6</sup>

**Dr. Frank Snoek y cols.** Realizaron un estudio para evaluar la Resistencia psicológica a la insulina: ¿Qué es lo que más temen los pacientes y los profesionales de la salud. El tratamiento por insulina indica una forma más grave de diabetes, lo cual explica por qué algunas personas tienden a retrasar el comienzo del tratamiento por insulina. Este concepto equivocado es particularmente importante, dado el hecho de que un control pobre de la diabetes (hiperglucemia) en la diabetes tipo 2 no causa siempre síntomas o quejas graves. Las personas con diabetes tipo 2 puede que se pregunten: "Me siento bien, ¿por qué iba a comenzar a usar insulina?". Miedo a ganar peso. El primer y más común efecto secundario de la insulina es el aumento de peso, lo cual podría funcionar como seria barrera ante la terapia de insulina en personas que ya sufren sobrepeso con diabetes tipo 2. Fobia a las inyecciones.

Muchas personas con diabetes son inicialmente aprensivas a la hora de autoinyectarse, pero aprenden a superar ese miedo en un período de tiempo relativamente corto y las inyecciones diarias de insulina se convierten en una rutina. Las inyecciones de insulina, para muchos, simbolizan el hecho de que están enfermos y dependen de la medicación. La resistencia a la autoinyección

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

también podría asociarse al temor de ser estigmatizados, es decir, que se les mire por encima del hombro como a enfermos o 'adictos'.

Temor a episodios de hipoglucemia. Otro temor que podría obstaculizar el tratamiento por insulina va asociado a la hipoglucemia, que es una preocupación principal en la diabetes tipo 1 con tratamiento intensivo, pero menos frecuente en la diabetes tipo 2. Esto puede ser una molestia, porque interrumpen el funcionamiento normal y causan sentimientos de vergüenza. Las hipoglucemias serias, que se definen normalmente como niveles inferiores a (45mg/dl), son asociados con la neuroglucopenia, pueden tener como resultado un comportamiento descontrolado y extraño y, en los casos extremos, si no se trata, pérdida de conciencia.

Algunas personas temen que puedan hacerle daño a los demás cuando tienen niveles bajos de glucosa, por ejemplo, durante el trabajo o conduciendo. También es sabido que la hipoglucemia causa preocupación en sus compañeros, particularmente cuando la persona es poco consciente de los síntomas clásicos hipoglucémicos. El modo en que los médicos introducen y comunican la terapia de insulina tiene un impacto importante en las actitudes y creencias de los pacientes con respecto a la insulina.

Las personas con diabetes son muy sensibles a las actitudes y al comportamiento de sus médicos, lo que se ha demostrado con la investigación. Desgraciadamente, la terapia por insulina a menudo se utiliza como amenaza para obligar a las personas con diabetes tipo 2 a hacer más ejercicio y a seguir su dieta ("¡Si sigue así, me temo que tendré que ponerle a tratamiento con insulina!"). Al etiquetar la terapia por insulina de modo negativo, los profesionales sanitarios podrían provocar que las personas con diabetes piensen que han fracasado, llevándoles a culparse a sí mismos.

Resistencia psicológica a la insulina, barrera para un control glucémico óptimo, las actitudes, las creencias y las emociones juegan un papel importante a la hora de mantener la resistencia a iniciar o intensificar el tratamiento por insulina y sirven como barrera para conseguir un control glucémico óptimo. Aprender a comprender y superar estas barreras es un desafío principal en la moderna atención a la



diabetes y puede ayudar a mejorar aún más el control de esta afección y la calidad de vida. Debe reconocerse que la insulina es una herramienta terapéutica eficaz para el tratamiento de la diabetes tipo 2 y no necesariamente el resultado de un autocuidado pobre. <sup>7</sup>

**Rodríguez Moran y Cols. 1997.** Diseñaron un estudio de casos y controles denominado la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia, cuya población blanco fueron los pacientes con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID) que acuden al primer nivel de atención de las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social en Durango, Dgo., México, en el periodo de octubre de 1995 a marzo de 1996. Los pacientes con normo glucemia fueron considerados como casos, y como controles los que cursaban con hiperglucemia; se consideraron como factores de pareamiento el que recibieran el mismo tipo de tratamiento, que acudieran al mismo médico familiar. La muestra se integró con 82 pacientes, 32 casos y 50 controles. Se aplicó el cuestionario (*Environmental Barriers to Adherence Scales*), encontrando que el 87.5% de los pacientes en el grupo de casos y 30% en el de los controles considera el apoyo familiar como muy útil para el control de su enfermedad, mientras que 12.5% de los casos y 70% de los controles lo perciben como inútil o indiferente. <sup>8</sup>

**Garay y cols. (1995).** Realizaron un estudio observacional denominado el paciente diabético y sus emociones, encontraron que el apoyo social es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento, esto lleva a mejor control metabólico y pudieran retar o no presentarse las complicaciones propias de la enfermedad. Concluyendo que el apoyo social es el principal determinante de la adherencia a tratamientos en los pacientes diabéticos y que a mayor adherencia al tratamiento había mejor control metabólico. <sup>9</sup>

**Ponce Rosas y Cols (2002).** Realizaron el estudio Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Comentan la importancia de evaluar la funcionalidad de la familia, por lo que existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. El cuestionario FACES III en español es fiable (70%) y válido; 8 de los 12 criterios rebasaron satisfactoriamente los valores mínimos de referencia y 4 criterios no lo hicieron. Estos últimos se consideran limitaciones que no fueron consideradas suficientes para invalidar el modelo.<sup>10</sup>

**(Dawn2 Study) Diabetes Actitudes, deseos y necesidades de Segundo estudio 2013.** Se realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar los resultados psicosociales en las personas con diabetes en los países para la evaluación comparativa. Los métodos con encuestas incluyen nuevas y adaptadas a las preguntas de los cuestionarios validados para evaluar la calidad de la vida relacionada con la salud, la autogestión, actitudes / creencias, el apoyo social y las prioridades para mejorar el cuidado de la diabetes. Los participantes fueron 8596 adultos con diabetes en 17 países. En general la calidad de vida fue calificada como "pobre" o "muy mala" por el 12,2% de los participantes (7,6 a 26,1%). La diabetes tuvo un impacto negativo en todos los aspectos investigados, que van desde el 20,5% en relación con la familia / amigos a 62,2% en la salud física. Aproximadamente el 40% de los participantes (18,6 a 64,9%) informó que su medicación interfería con su capacidad de vivir una vida normal. Sólo el 48,8% de los encuestados tenía participado en la diabetes programas / actividades educativas para ayudar a controlar su diabetes. Concluyendo que la utilización de indicadores validados sicométricamente puede ayudar a identificar áreas de mejora y mejores prácticas para impulsar cambios que mejoren los resultados para las personas con diabetes. <sup>11</sup>



## **MODELOS Y TEORÍAS**

### **Definición y diagnóstico de diabetes mellitus**

La Diabetes Mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas cuyo nexo en común es la hiperglucemia secundaria al déficit de la secreción de la insulina, además de un defecto de su actividad metabólica o a ambos; esta situación de hiperglucemia ocasiona complicaciones crónicas de tipo micro vascular, macro vascular y/o neuropático que son comunes a todos los tipos de DM. <sup>12</sup>

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) la DM puede clasificarse en cuatro categorías clínicas:

- Diabetes tipo 1 (DM1): se define como un déficit absoluto de la secreción de insulina debida a la destrucción de la célula beta; suele comenzar antes de los 40 años de edad, siendo el pico máximo de la incidencia a los 14 años.
- Diabetes tipo 2 (DM2): se debe a una resistencia a la acción de la insulina y a un déficit de la secreción de esta hormona. Por lo tanto, en fases iniciales, se genera una situación de hiperinsulinismo e hiperglucemia y en fases tardías de la enfermedad, aparece el fracaso de la célula  $\beta$  con hipoinsulinismo e hiperglucemia.
- Diabetes gestacional (DG): DM diagnosticada durante el embarazo; no es una DM claramente manifiesta
- Otros tipos específicos de DM: En él se agrupan defectos monogénicos en la función de las células  $\beta$  que se heredan con carácter autosómico dominante. Se caracterizan por una alteración de la secreción de insulina, siendo la acción de la insulina normal o estando mínimamente disminuida; el diagnóstico suele realizarse antes de los 25 años y en la actualidad se conocen varias mutaciones de diferentes genes asociados con esta enfermedad. <sup>13</sup>

Para diagnosticar diabetes mellitus se requiere 1 de los siguientes criterios:

- Glucemia plasmática en ayunas  $\geq 126$  mg/dl

- Glucemia plasmática a las dos horas después del test de tolerancia oral a la glucosa (con 75 g de glucosa)  $\geq 200$  mg/dl
- Glucemia plasmática  $\geq 200$  mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia
- Hemoglobina glucosilada  $\geq 6.5$  % <sup>14</sup>

### **Epidemiología de diabetes Mellitus**

La diabetes mellitus actualmente es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, esta tendencia seguirá hasta 2025, especialmente en los países en vías de desarrollo. En nuestro país a partir de la década de los 60 la diabetes se ubica dentro de las primeras veinte causas de mortalidad general y desde hace dos décadas dentro de las primeras diez. En el año 2000 ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad, manteniéndose así hasta el 2003 con 59 912 defunciones, con una tasa de 56.8 por 100 000 habitantes, registrando un mayor número de defunciones que las generadas por cardiopatía isquémica; sin embargo para el 2004 ocupa el 2° lugar con 62 243 defunciones y una tasa de 59%.<sup>15</sup>

En México la prevalencia de obesidad abdominal es de 70% en hombres y 74% en mujeres, el sobrepeso y obesidad en los adolescentes es de 31.9% y 7 de cada 10 adultos padecen sobrepeso u obesidad; los casos de diabetes por diagnóstico anterior fueron de 15.4% en los hombres y 19.6% en las mujeres y de estas cifras solo una cuarta parte de los hombres y la quinta parte de las mujeres tenían diabetes bien controlada, de acuerdo con el porcentaje de hemoglobina glucosilada.<sup>16</sup>

Desde el año de 1998 al 2012 en nuestro país, se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7% de prevalencia, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012 se reportaron 418 797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana), el 59% de los casos fueron del sexo femenino. El comportamiento que presenta la DM2 es hacia el incremento, si

la tendencia permanece igual se espera para el año 2030 un aumento del 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de morbilidad. <sup>17</sup>

### **Concepto de insulinización oportuna en diabetes Mellitus tipo 2**

Inicio de insulina en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 que no logran llegar a las metas de control metabólico en un lapso de tres meses, a pesar de estar recibiendo un tratamiento con antidiabéticos orales en combinación a dosis máximas (secretagogos de insulina + biguanidas y/o tiazolidinedionas, inhibidores de las alfa glucosidasas, potenciadores de incretinas). Para el inicio de la terapia con insulina en pacientes con DM T2 que no logran alcanzar las metas de control metabólico, se recomienda adicionar insulinas de acción basal (insulina humana de acción intermedia NPH, análogos de insulina de acción prolongada; glargina o detemir o una premezcla de insulina) en una dosis nocturna (22:00 h, para las basales solas y junto con los alimentos para las pre- mezclas de insulinas), con un algoritmo de titulación de dosis con base en la glucemia de ayuno, ya sea por automonitoreo de glucemia capilar o por glucemia venosa. La recomendación práctica sería iniciar con 10 unidades de insulina de acción basal e incrementos de acuerdo a las cifras de glucemia de ayuno. <sup>18</sup>

### **Aceptación y barreras para el inicio y la intensificación del tratamiento con insulina.**

Las barreras a la insulinización pueden analizarse desde el punto de vista del paciente o del profesional sanitario, y en diversos aspectos son comunes a ambos. Entre los factores que dificultan la insulinización desde la perspectiva del paciente, cabe citar la ansiedad o incluso la fobia a la inyección, la complejidad del tratamiento con insulina, la culpabilización del paciente por considerar la insulinización como un fracaso en el control de la diabetes, la percepción de que la insulinización indica un agravamiento de la enfermedad y la consideración de que el uso de insulina implica una limitación en su estilo de vida, lo que supone la

pérdida de calidad de vida o la posibilidad de sentirse estigmatizado socialmente. Ansiedad y fobia a la inyección La ansiedad en relación con la inyección es uno de los factores más importantes en la resistencia del paciente a iniciar el tratamiento con insulina. En la mayoría de los casos, los pacientes superan la ansiedad con facilidad, pero un escaso número de ellos presentan un miedo persistente a inyectarse y a practicar el autocontrol en sangre capilar, lo que en casos graves da lugar a conductas de evitación. Esta fobia a la inyección ocasiona un incumplimiento del tratamiento, lo que produce dificultades en el tratamiento de la diabetes y un peor control metabólico. La detección temprana de este miedo es importante, por la carga psicológica que representa para el paciente y las consecuencias negativas que puede tener en el tratamiento de la diabetes, por lo que se ha recomendado que el cuestionario para su detección se incluya sistemáticamente en la valoración clínica del paciente tratado con insulina.

Complejidad del tratamiento. Hasta un 44% de pacientes con diabetes tipo 2 no tratados con insulina se consideran no capacitados para hacer frente a los requerimientos que conlleva el día a día de la insulinización, a. El papel de la enseñanza de la administración de insulina y la práctica del autocontrol de la glucemia capilar, en la educación en la diabetes, es esencial para ayudar a vencer estos miedos.

Sensación de culpabilidad y de empeoramiento de la enfermedad: la insulina como último recurso. El paciente puede percibir que la causa de la insulinización es que ha fracasado en el control de la diabetes con la dieta, el ejercicio y los hipoglucemiantes orales, y desarrollar una sensación de culpabilidad por no haber hecho lo que debía la insulina a menudo se presenta como una amenaza, más o menos velada, en caso de que no consiga controlar bien su diabetes y, en definitiva, como el último recurso, cuando el resto de opciones fracasan, el paciente asocia también el tratamiento con insulina con las complicaciones de la diabetes, en particular con la retinopatía y con las amputaciones, y confunde la causa y el efecto, cuando, de hecho, es el mal control metabólico el favorecedor de las complicaciones, Es importante que se informe a los pacientes del carácter progresivo de la diabetes tipo 2, y de que el declive gradual de la función de la

célula beta reduce la secreción de insulina y hace previsible que, en algún momento, pueda necesitar iniciar el tratamiento con insulina.

Empeoramiento de la calidad de vida. Entre los pacientes que no reciben insulina es habitual considerar que el tratamiento con insulina supondrá una limitación en su estilo de vida. Aunque este temor es más común entre los pacientes que manifiestan que no aceptarían el tratamiento con insulina, Entre las limitaciones que se citan, se encuentra una mayor dificultad para viajar y comer fuera de casa, los horarios rígidos de las comidas o la posibilidad de quedarse solos, pocos pacientes manifiesten creer que la insulina vaya a tener un efecto positivo en su salud, como en el estudio DAWN, donde tan sólo un 20% de los pacientes consideraban que la insulina les permitiría controlar mejor la diabetes, A los pacientes con un control más deficiente se les puede adelantar que su calidad de vida mejorará con la mejoría de los síntomas debidos a la hiperglucemia.

Consideración y estigma social. El paciente con diabetes puede percibir como una dificultad añadida el hecho de inyectarse la insulina en lugares públicos, por el temor a ser estigmatizado como una persona enferma o con una menor autonomía, dificultades en el mantenimiento de la vida social o al incumplimiento del tratamiento, al no administrarse la insulina en determinadas circunstancias. Percepción de fracaso. Aunque la percepción de fracaso por parte del paciente podría influir en la decisión del profesional de posponer la insulinización, los datos publicados sugieren que, en general, la inclinación del profesional a indicar la insulinización está poco influida por las preocupaciones del paciente. . Es importante resaltar que los profesionales tienden a infravalorar el número de pacientes que se culpabilizan por la necesidad de iniciar la insulina, y que ayudar al paciente a comprender el carácter progresivo de la enfermedad posiblemente ayudará a los pacientes.

### **EFFECTOS SECUNDARIOS**

Temor a la hipoglucemia. El temor a la hipoglucemia puede afectar tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios. Sin embargo, aunque la hipoglucemia es un riesgo asociado al tratamiento con insulina, los pacientes con

diabetes tipo 2 tratados con insulina no manifiestan tener un mayor miedo a la hipoglucemia que los no tratados.

Existen numerosas barreras que dificultan el inicio y la intensificación del tratamiento con insulina, tanto por parte del paciente como del médico. En algunos de estos aspectos, los avances realizados en campos como la educación de los pacientes y la disponibilidad de nuevas insulinas y de nuevos sistemas de inyección facilitan la insulinización de los pacientes. La introducción de las insulinas inhaladas en la práctica clínica supone disponer de un elemento importante para superar las dificultades en la insulinización, derivadas del miedo o la ansiedad generados por la inyección de insulina, y puede facilitar el uso de tratamientos intensivos que ayuden a obtener un mejor control metabólico.<sup>19</sup>

### **LA FAMILIA**

La familia se ubica dentro de un sistema socio-económico-cultural de una sociedad. (OMS 2014) "El término familia abarca una enorme extensión de características, conductas y experiencias". Es el núcleo primario de la sociedad y del contexto social de la salud.

Conceptualizada como un grupo de personas relacionadas por la herencia, como padres, hijos y sus descendientes se da también por el vínculo y las relaciones de parentesco, así como los roles que se desempeñan. El término a veces se amplía, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, unidas afectivamente, que se relacionan con regularidad y que comparten los aspectos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales. Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar. Los miembros de la familia pertenecen a un sistema específico, a una unidad social en que los roles y patrones de conducta son mutuamente regulados por normas compartidas y en la que el control social se ejerce mediante la imposición de ciertos tipos de sanciones y la distribución de recompensas.<sup>20</sup>



## **Estructura y funciones de la familia.**

Estructura Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar. Funciones de la familia Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.** La satisfacción de la pareja, la reproducción y la crianza de los hijos, entre otros.<sup>21</sup>

## **Ciclo de vida familiar**

En la familia las personas participan de manera activa de relaciones físicas y psíquicas. Los vínculos afectivos, apoyo, y lealtad mutua son importantes para los participantes. Las interacciones de sus miembros son responsables del crecimiento personal tanto individual como colectivo. El papel de cada uno de los integrantes se va modificando con el tiempo para cumplir con las expectativas del cambio dinámico en el Ciclo de vida Familiar. Es decir, la familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus

miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas.

Existen clasificaciones del ciclo de vida, que pueden ser variadas y dependerán del enfoque de los autores; unos lo clasifican por las etapas que pasa la familia, otras se rigen por las fases de desarrollo de sus integrantes; pero todas son creadas para tratar de ofrecerle a los miembros del núcleo social primario las herramientas necesarias para que puedan pasar por las fases de la vida, de manera óptima y plena. Esas etapas conforman el denominado ciclo vital familiar que se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar, variando, además, las características sociales y económicas desde su formación hasta su disolución.<sup>22</sup>

Se considera a la familia como una unidad en los estudios sanitarios hay que tener en cuenta el carácter metodológico de las variables o de las características. Las variables son de cuatro tipos:

- 1.-Características del individuo.
- 2.-Características que solo pueden obtenerse en función de la familia, como el ser cabeza de familia, o la razón de convivencia con el jefe del hogar
- 3.-Variables de la familia o del hogar, con el tipo de este y el tipo de familia,
- 4.-Características del ambiente, por ejemplo región, ciudad, sector censales, zonas metropolitanas o rurales y grado de contaminación. También considerada como grupo clasificada no solo en función de las características de la familia, sino también según las características de uno de sus miembros.<sup>20</sup>

### **Dinámica familiar**

En la familia existen fuerzas que continuamente modifican, condicionan y determinan las interacciones de los miembros que la integran, produciendo



resultados que cambian la dinámica familiar. Sin duda, el sistema familiar está expuesto en forma permanente al cambio y desarrollo de sus integrantes. Puede decirse que no es solo la suma de ellos, sino el resultado de las interacciones de los integrantes lo que define la dinámica de una familia. <sup>22</sup>

### **Funcionalidad familiar**

La familia funcional hace alusión a la utilización de un patrón organizacional para lograr un objeto en común el cual es el funcionamiento por las interrelaciones entre sus miembros. Es la unidad básica de toda estructura social, y aunque puede variar de una cultura a otra, su finalidad es siempre la misma, colaborar en el crecimiento individual y colectivo de sus integrantes. Además es responsable de la socialización, y de las implicaciones que esto conlleva, las cuales incluyen: las normas, valores, creencias, prejuicios, mitos y tabúes de la sociedad para reconocer sus propios límites y respetar el espacio de los demás. Se distingue porque existe un estado adecuado de salud en la familia así como sus integrantes. Es así que se puede promover desarrollo integral de los miembros, logrando mantener un estado de salud favorable. Sin embargo la funcionalidad familiar no se puede definir como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que ajustarse continuamente para promover el desarrollo favorable a la salud de sus miembros, por lo que es imprescindible que cuente con jerarquías, límites, roles comunicación abierta y la capacidad de adaptabilidad a cambios.

La funcionalidad familiar se adquiere cuando los objetivos familiares o sus funciones básicas se cumplen cabalmente, y cuando se logra formar nuevos individuos a la sociedad en una homeostasis sin tensión mediante comunicación apropiada y respeto de las relaciones intrafamiliares. Sin embargo, su contraparte, la familia disfuncional o con funciones inconvenientes es considerada un factor de riesgo para patologías crónicas, ya que propicia la aparición de síntomas y enfermedades en sus integrantes, debido

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a que el nexo familiar es tan estrecho, que la modificación de uno de sus miembros puede afectar a los demás.

La familia se vuelve disfuncional cuando no se cuenta con la capacidad de realizar cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo de vida y al desarrollo de sus integrantes, así como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de las funciones básicas.<sup>23</sup>

1. Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.
2. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones.
3. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.
4. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.
5. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia.<sup>23</sup>

### **Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares**

Este modelo fue ideado por David H. Olson y sus colaboradores, desarrollado con la intención de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias; de tal forma que plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar como son: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Cohesión: Puntualizada como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. De tal forma que evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Adaptabilidad: Se define como la habilidad de la familia para cambiar su estructura jerárquica, los roles y las reglas, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo familiar) Comunicación: Esta última dimensión, es la encargada de facilitar el movimiento de la cohesión y

adaptabilidad, siendo un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta.

Hablando de funcionalidad familiar, en cuanto a la dimensión de cohesión, ésta se compone de dos aspectos importantes: uno es el vínculo emocional de los miembros de la familia y el otro, el grado de autonomía individual que cada integrante experimenta en la familia, desarrollándose a partir de esto cuatro niveles familiares de cohesión, siendo en orden ascendente: dispersa, separada, conectada y aglutinada. Se consideran como niveles con mayor funcionalidad, las familias separadas y las conectadas, ya que en ellas sus integrantes pueden ser independientes y a su vez mantienen cierto grado de conexión con sus familias, lo que permite el desarrollo de sus integrantes sin dejar de lado su compromiso con la familia; en cambio, la familia dispersa y la aglutinada, que corresponde a los dos extremos de la dimensión, son los niveles de mayor disfunción familiar, ya que es tal el grado de desvinculación para el caso de las dispersas, y tal el grado de dependencia para las aglutinadas, que en ambos casos se termina por limitar las relaciones familiares y su desarrollo a largo plazo.

Algunas de las características propias de cada nivel familiar se mencionan a continuación: Dispersa: Separación emocional y afectiva extrema, falta de lealtad familiar, sin interacción entre sus integrantes, toma de decisiones de forma independiente, intereses distintos.

Separada: Separación emocional, de forma esporádica se manifiesta lealtad familiar, presenta límites claros, el tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo juntos, con espacios separados compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente o en conjunto, los intereses son distintos

Conectada: Existe cercanía emocional, se espera lealtad familiar, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, con límites claros, la necesidad de separación es respetada, toma de decisiones en forma conjunta, intereses comunes.

Aglutinada: Extrema cercanía emocional, demanda lealtad familiar, la dependencia entre sus integrantes es marcada, se dan coaliciones, falta de separación personal, están juntos la mayor parte del tiempo, las decisiones son grupales

En cuanto a la dimensión de adaptabilidad en la familia, su atención se centra en como los sistemas familiares cambian su estructura para intentar mantenerse estables frente a una crisis, por lo tanto, para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad familiar determina también cuatro niveles, que en orden ascendente son: rígida, estructurada, flexible y caótica. Al igual que en la dimensión de cohesión, en la adaptabilidad familiar, los niveles centrales, como son los sistemas de tipo estructurado y los flexibles, conducen al buen funcionamiento familiar, asimismo los extremos, dígame los rígidos y los caóticos, resultan más problemáticos para las familias. Algunas de las características propias de cada nivel familiar son las siguientes:

Rígida: Predomina el autoritarismo, la disciplina es estricta, los roles están estrictamente definidos, no existe posibilidad de cambio.

Estructurada: El liderazgo es autoritario, algunas veces se comparte, la disciplina es algo democrática, los roles son estables y cambian cuando se necesita.

Flexible: El liderazgo es compartido, la disciplina es democrática, los roles se comparten y se cambian cuando es necesario, algunas reglas cambian.

Caótica: No existe un líder, hay cambios dramáticos de los roles, la disciplina prácticamente no existe, lo único constante aquí son los cambios.

Siendo que la interacción entre ambas dimensiones, cohesión y adaptabilidad son las que condicionan el funcionamiento familiar, y cada una de estas dimensiones posee cuatro niveles, la correlación entre éstos determina 16 tipos de familias, integradas a su vez, para una mejor comprensión, en tres sistemas de funcionamiento familiar:

a. El sistema familiar balanceado o equilibrado. De acuerdo al modelo circunflejo es el más adecuado para la funcionalidad familiar, y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada.

b. El sistema familiar medio o moderado. Corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: caóticamente separada, caóticamente conectada, flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada.

c. El sistema familiar extremo o sin equilibrio. El cual es el menos adecuado para la funcionalidad familiar de acuerdo al modelo circunflejo, y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada.<sup>24</sup>

Figura 1. Modelo circunflejo.

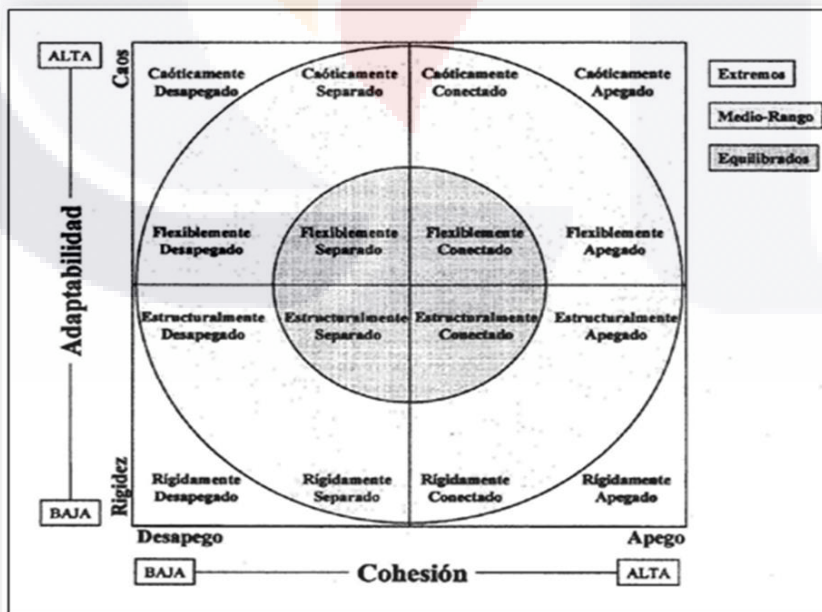


Figura 1.

Fuente: Martínez-Panpuebla, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES): desarrollo de la una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2006, mayo, año/vol. 6, número 002, Granda, España, pág. 320.

## **Tipos de Crisis Familiares**

La crisis se define como cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que lleva a un estado de alteración y requiere una respuesta adaptativa de la misma. Dichos eventos críticos aumentan la tensión en el grupo familiar, y si no son manejados adecuadamente pueden conducir al desgaste de la salud familiar. El saludable funcionamiento familiar requiere que dichas crisis sean identificadas como problemas potenciales, a fin de tratar de resolverlas de forma favorable. Los eventos críticos pueden ser asociados a pérdidas, cambios problemas interpersonales o marcados conflictos internos <sup>25</sup>.

Existen dos tipos.

1. Crisis normativas: se relacionan con las etapas del ciclo vital de la familia y siendo definidas como situaciones previstas, o que forman parte de la evolución de la vida familiar.
2. Crisis paranormativas. Se definen como sucesos adversos o imprevistos provenientes del exterior. Aunque también existen las crisis no normativas que ocurren en el interior de la familia, tales como el divorcio, alcoholismo, y actividades criminales, entre otras, las cuales regularmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro evento crítico, ya que asocian con grandes periodos de disfunción, durante las cuales los integrantes de la familia presentan dificultades de comunicación y para la identificación de los recursos preciosos para resolverlas. <sup>25</sup>

## **Disfunción familiar en pacientes con Diabetes Mellitus**

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogenias



particulares, mediante la pertinencia al sistema. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él. <sup>26</sup>

El ambiente familiar se convierte en el medio que influye en el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que se ha observado a través del tiempo y en diferentes grupos culturales; la disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estado familiar debido a la alteración de algunos de los subsistemas familiares. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus tipo 2; la funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse como resultado del efecto de factores de estrés normativos o paranormativos. <sup>27</sup>

### **Impacto negativo de la disfunción familiar en pacientes con diabetes**

El ambiente familiar y social influyen en el control de la diabetes, en México en 2011 se reporta que el 69% de los pacientes diabéticos ha tenido regular y mal control metabólico, lo cual no se relaciona con la cohesión y adaptabilidad familiar <sup>27</sup>, mientras que en Japón se demostró que los extremos de cohesión familiares se asociaron con un mayor nivel de glucosa sérica <sup>28</sup>, sin embargo también se ha demostrado que la calidad del matrimonio está asociado con la adaptación a la diabetes y otros aspectos de la calidad relacionada con la vida, se sugiere que la buena relación marital puede relacionarse con mejor control glucémico y en general con mejor calidad de vida. <sup>29</sup>

Existe una estrecha correlación entre disfunción familiar y control diabético deficiente, la evidencia posibilita establecer que pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión requieren de cuidados y de apoyo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

familiar para un mejor control de sus patologías; en consecuencia, los pacientes con familias disfuncionales estarán más expuestos a descompensación. Si bien, se ha encontrado que el cumplimiento adecuado de las funciones familiares es importante para el control o descontrol de pacientes con enfermedad crónica, existe controversia sobre si la disfunción familiar tiene importancia en la falta de control, específicamente en el paciente con DM2.<sup>30</sup>

La disfunción familiar se asocia directamente a descompensación de pacientes crónicos con diabetes e hipertensión, lo que indica que a mayor disfuncionalidad familiar mayor probabilidad de presentar eventos de descompensación metabólica.<sup>31</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

Actualmente la familia, sigue siendo el nucleó de integración y desarrollo social, de todos los individuos, la relación estrecha con una adecuada funcionalidad entre todos y cada uno de los integrantes. El propósito de este estudio es la descripción de la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónicas, en este caso, la Diabetes Mellitus con tratamiento a base de Insulina.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

El interés de los médicos familiares por identificar el papel de la familia en el proceso salud – enfermedad se ha incrementado notablemente en los últimos



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

años. Además de los factores genéticos, los patrones de relación social entre los miembros de la familia pueden aumentar el riesgo individual y la vulnerabilidad a padecer enfermedades, o por el contrario, amortiguar el efecto de estas poniendo en marcha mecanismo del sistema familiar para proveer de la atención necesaria al enfermo, contribuyendo así a su recuperación.

Por otra parte, se han identificado alteraciones somáticas y síntomas que son indicativos de conflictos familiares. La orientación que pueda otorgar el médico familiar al aspecto, será de gran importancia para definir alternativas de manejo a este problema en el ámbito de la familia, o en su caso la referencia oportuna y debidamente fundamentada con el terapeuta familiar. La funcionalidad familiar se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas. La evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de esta medición.<sup>32</sup>

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son –en ese orden– los países con mayor número de diabéticos. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años. El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, el estado actual de los diabéticos mexicanos se conoce sólo parcialmente, información que es necesaria para cimentar y fortalecer los esfuerzos que se requieren en prevención a todos los niveles a fin de contender una de las más grandes y emergentes amenazas de la viabilidad de los sistemas de salud, la diabetes. Del total de personas con

diagnóstico de diabetes, únicamente 85.75% atiende esta condición de salud. De ellos, la mayoría acude al IMSS (39.00%).<sup>33</sup>

El tratamiento con insulina se considera con frecuencia una indicación compleja, pues se desconocen los tipos de insulina, las técnicas y los algoritmos de aplicación. Se tiene temor a la hipoglucemia y al aumento de peso. Algunos indican la insulina con la idea de castigo por el mal cuidado personal y no se cambian los mitos que prevalecen en la población. Se proponen metas muy claras de control y sin embargo, son difíciles de alcanzar y de mantener en la vida diaria. También, los enfermos rechazan el tratamiento con insulina con base en creencias y algunos mitos tales como: la ceguera, el aumento de peso, el temor a las inyecciones, el sentirse más mal, lo ubican como la etapa última de la enfermedad, que antecede a la muerte.

En el caso de estos pacientes, el control metabólico depende de su comportamiento, de modo que en gran medida su evolución estará supeditada a la adhesión al tratamiento. Sin embargo, existen barreras para su apego, entre otras la complejidad del régimen, el cambio en sus actividades cotidianas y el escaso conocimiento y habilidades para el manejo de la DM. En general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas y en las enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría hasta 45%. El estudio DAWN (Diabetes Attitudes Wishes Needs) donde el 57 % manifestó resistencia a iniciar tratamiento con insulina, encontrándose similar percepción en la mitad de los profesionales de la salud. Por tanto, es de suma importancia que el diabético participe activamente en los programas de atención, con la finalidad de fortalecer sus capacidades para la toma de decisiones que le faciliten el control de su propia vida. Lo que implica un proceso de formación integral que incluya las dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva, recreativa, sanitaria y espiritual para empoderarlo. De modo tal que pueda desempeñar un papel más activo en el autocuidado y desarrollar aptitudes apropiadas. Un paso para lograrlo de manera efectiva es mediante el conocimiento del significado y el sentido que estructura el paciente con relación al cuidado de su padecimiento.<sup>34</sup>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Uno de los mayores problemas encontrados, por los profesionales de salud durante el proceso de intervención con pacientes diabéticos es la poca continuidad en el tratamiento, un fenómeno constante para el tratamiento de enfermedades que exigen cambios en los hábitos de vida. Estimular la continuidad del tratamiento es de extrema importancia, considerando que la educación en salud puede ser considerada una de las estrategias, que permitan un mejor seguimiento de los pacientes frente al esquema del tratamiento. Muchos programas de educación en salud fracasan por no tener en consideración los aspectos psicológicos, culturales, sociales, interpersonales y las reales necesidades psicológicas de la persona diabética se aspiran transformar al sujeto que asume una posición *pasiva* durante su tratamiento, para un individuo *participativo*. Conocer aquello que los pacientes aprenden de su realidad y como organizan su día a día puede ofrecer directrices para establecer estrategias de intervención, además de brindar algunos subsidios para ampliar la comprensión de los factores asociados a la continuidad en el tratamiento. Es importante entender como la persona con diabetes se percibe así misma, viviendo un mundo con muchas limitaciones, es decir el diabético como ser integral dotado de comprensión, afectividad y acción, dentro de su propia perspectiva En relación al tratamiento terapéutico de los medicamentos, las principales dificultades se relacionan al número de medicamentos utilizados por los pacientes diabéticos, que generalmente presentan morbilidades asociadas; a los efectos adversos; al alto costo; a los mitos y creencias construidos; al grado de instrucción de los pacientes, que limita el acceso a las informaciones y a la comprensión; y al carácter asintomático de la enfermedad, que muchas veces ocasiona que los pacientes en su mayoría no reconozcan la importancia de los medicamentos. Consideramos que una mejor comprensión de los sentimientos y comportamientos de la persona diabética pueden contribuir para redirigir el modelo de atención a la salud para estos clientes, incorporando los cuidados integrales que incluyen las dimensiones de bienestar biológico, psicológico, social y espiritual, entre otros recomendados en el modelo de atención primaria a la salud.<sup>35</sup>

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Basado en información mundial en censo de pacientes afectados por diabetes en sus dos tipos; México se encuentran en el 7 lugar, dentro de los países con más número de pacientes con esta enfermedad crónica, por lo que se vuelve de suma importancia la descripción de todo el entorno comprendido a los pacientes que viven con diabetes.

En Aguascalientes tenemos un número 2,412 pacientes, cantidad significativa de las consultas en medicina familiar de enfermedades crónicas, por lo que esta investigación se encuentra dentro los temas prioritarios de salud. El conocimiento de percepción de la funcionalidad familiar en pacientes con diabetes, es de suma importancia a pesar que existen estudios o investigaciones anteriores relacionadas a este tema, el nivel del arte de conocimiento en su mayoría es analítico con factores como son el descontrol glucémico, el mal apego al tratamiento, complicaciones preexistentes de la diabetes, y algunas enfermedades coexistentes como la hipertensión arterial. Obtendremos un nivel descripción de la percepción únicamente del paciente con diabetes que usa insulina como tratamiento principal a su enfermedad. Motivo que por el cual esta protocolo de investigación maneja el nivel de arte en conocimiento descriptiva relacionada al uso de insulina debido a interés que a la percepción del paciente que vive con diabetes implica bastante retos tanto como personales como del su entorno social en este caso abordamos a su núcleo familiar. Por lo que los resultados pueden de ser de interés para estudios posteriores en otros niveles del arte en el conocimiento, y buscar estrategias en caso que los resultados sean negativos.

Los resultados obtenidos serán publicados a nivel IMSS delegación Aguascalientes en el departamento de investigación, así como en la biblioteca de la UAA, y en el congreso nacional de investigación a llevarse a cabo en este estado de Aguascalientes. Por lo que buscamos un impacto de importancia con nuestro protocolo de estudio. De dichos resultados, se tiene la intención de utilizarse para continuar con estudios en otros niveles del arte del conocimiento, con relación con la calidad de vida del paciente, en el cómo percibe la funcionalidad familiar con respecto a su enfermedad y el tratamiento con la

insulina. El beneficio, aunque está enfocado a paciente usuarios del IMSS, buscamos que sea para el uso de todos los pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, e incluso enfocarlo a otras patologías crónicas cuyo tratamiento impliquen un reto para el paciente y con ello la percepción de la funcionalidad familiar que éste tenga.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### ***1. Contextualización del problema de estudio.***

El adulto con enfermedad crónica, la mayor parte de las veces, dependiente, se encuentra limitado, con modificación en sus hábitos y relaciones, provocando esto gran impacto en aspectos emocionales, sociales, psicológicos, económicos y familiares. Así, describe cómo las enfermedades crónicas generan incertidumbre para los pacientes y cuidadores, convirtiéndose esto en un problema familiar más que individual, donde cada uno de los miembros, y la familia como un todo, vive una serie de cambios impredecibles a lo largo de la experiencia. Estas enfermedades, por la persistencia y la tendencia al agravamiento con el transcurrir del tiempo, requieren de largos períodos de cuidados, tratamiento paliativo y de control, terminando finalmente las mencionadas alteraciones por cambiar el estilo de vida. Resulta evidente de este modo, que a medida que la enfermedad avanza, las relaciones familiares van a ir cambiando, a la par que aumenta la carga del cuidado y las complicaciones en el manejo de la enfermedad.

La red social favorece muchas de las actividades cotidianas que se relacionan con la calidad de vida; la red social ayuda a establecer actividades positivas para el sujeto: rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de seguimiento de tratamientos médicos, etcétera; asimismo, al tener un sistema de apoyo como una red social sólida, la vulnerabilidad a las enfermedades es muy baja y la posibilidad de recuperación en cualquier enfermedad es mayor que cuando la persona no cuenta con redes sociales consistentes, es decir, cuando la persona se aísla.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Culturalmente la familia es una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos primordiales, ofreciéndole el soporte necesario para cualquier momento de su vida. No debe considerarse a la familia como una red social pequeña, reducida o débil, sino por el contrario, y con base a la importancia de las funciones de su red, como un recurso fundamental. Así, la familia, aunque cuantitativamente es un complejo pequeño, dota de una gran cantidad de recursos.<sup>36</sup>

Las familias que funcionan bien con o sin un discapacitado no se caracterizan por la ausencia de problemas incluso graves, sino por la capacidad que tienen de resolverlos como grupo. Aunque los estilos organizativos de las familias varían de acuerdo con las normas culturales más o menos apegadas, las familias disfuncionales tienden a caracterizarse por los extremos del espectro de las modalidades de organización familiar: apego excesivo: sobreprotección o desapego: abandono. Toda enfermedad crónica tiene el potencial necesario de comprometer el control del cuerpo, aspectos esenciales de la identidad y de las relaciones interpersonales. No existen recetas simples para comprender y trabajar con un sistema tan complejo y cambiante como la familia, ni rutinas que se puedan establecer de antemano. El viejo dicho de que “cada familia es un mundo” tiene aquí plena vigencia. La diversidad de sus miembros, el tipo de discapacidad, si es más o menos visible, los cambios que se producen.<sup>37</sup>

Ante esto, la funcionalidad familiar cobra gran interés dentro del campo de la salud. Hace unas décadas se daba atención a la identificación de las deficiencias, carencias y disfuncionalidades; en la actualidad, se han incrementado los esfuerzos por reconocer en la familia sus fortalezas y potencialidades, para que como grupo, enfrenten las dificultades que surjan y brinden apoyo a los integrantes de la misma.

## ***2. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio***

En Aguascalientes, hasta el 2010 existía un registro de 6,256 matrimonios, de los cuales los hogares estaban conformados por un jefe de familia de género



masculino con cifras de 224,643, y con jefatura femenina de 64,932. Predominan los hogares con jefatura masculina en este estado. La población económicamente activa es de 470, 880. En la última actualización del INEGI (2010) en estado de Aguascalientes en el cual se tiene el registro de la tipología familiar con cifras de 1, 151,869 hogares de los cuales 91.7% son hogares familiares. Además se tiene un porcentaje de los integrantes de familia del total de los hogares en estado de Aguascalientes, el cual fue de 3.9 integrantes.

Del total de población de Aguascalientes, se tiene cuantificada a 415,917 personas que cuentan con afiliación al IMSS en el año 2011, de las corresponde más de 50% de la población derechohabientes a servicios de salud del estado de Aguascalientes. Además el IMSS cuenta con 14 unidades médicas, con un total de 1069 médicos adscritos, según cifras del INEGI en el 2011.<sup>38</sup> La unidad de Medicina Familiar 7 IMSS delegación Aguascalientes, ubicada en la colonia san marcos, se tiene un censo de población de 70,170 de población adscrita total, de los cuales 71,086 asegurados de los cuales 66,385 son la población adscrita a médico familiar.<sup>39</sup>

En la unidad de Medicina Familiar No. 7, se tiene un censo hasta febrero del 2016 de la población adscrita de Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 de 2,412 pacientes. De los cuales existe un censo hasta febrero del 2016 de pacientes con tratamiento de insulina de 446 pacientes con diabetes en uso de insulina de la unidad.<sup>39</sup>

### **3. Panorama del estado de salud**

#### **Funcionalidad familiar**

La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesan. El termino familia, desde la perspectiva del médico familiar: "la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierta, constituido por un numero variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad. El estudio de la funcionalidad familiar se ha hecho con base a



varios modelos. En el cual se valoran dos componentes del comportamiento familiar: la cohesión y la adaptabilidad. La familia es uno de los contextos más relevantes en la vida del ser humano. Los estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud y el desarrollo del individuo. La cohesión de la familia se refiere a como los integrantes de una familia tienen límites emocionales y el grado de autonomía que cada uno de los miembros experimenta dentro de su sistema familiar. El concepto de adaptabilidad familiar se refiere a la familia como un sistema, con todas las características inherentes del mismo, y como este sistema especial tiene la capacidad para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y sus reglas internas, a las situaciones de crisis que se pueden presentar. Entonces tenemos que la familia es un sistema dinámico en el cual sus características pueden cambiar dentro de sus ciclos evolutivos, por lo que el enfoque de su estudio puede hacerse desde diversos modelos. El perfil de funcionalidad familiar se refiere a la evaluación de los conceptos antes señalados y uno da una orientación desde la perspectiva de la medicina familiar de cómo está cumpliendo o no con las funciones de la familia. La familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de la salud. El funcionamiento familiar, entendido como la forma en que la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades, tareas o funciones básicas. La adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tiene un efecto positivo en la recuperación de la salud. <sup>40</sup>

#### ***4. Descripción del sistema de atención de la salud***

##### **Normas**

**Norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus 015 NOM 015.** Refiere que alrededor del 8.2% de la población

entre 20-69 años padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la padece. Lo que implica que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas y de éstas poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Menciona que la prevención primaria tiene dos vertientes: una en población general y otra en individuos de alto riesgo de desarrollar la enfermedad. El apartado de detección se debe realizar a partir de los 20 años a través de campañas y programas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo y de manera individualizada entre los pacientes que acuden a servicios de salud. <sup>41</sup>

**Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-718-14 (2014). Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II. Primer Nivel de Atención. Evidencias y Recomendaciones. :**

**<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>**

Esta guía menciona que el personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre: Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente diabético. Lo anterior favorecerá mejor efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central, además se deben integrarse a un programa de prevención primaria para modificar su estilo de vida, incluyendo el apoyo emocional. Además como parte de la atención integral donde se involucra el equipo de salud, el paciente y su red de apoyo, se relaciona a la mejoría del nivel de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y pérdida de peso. El aspecto psicosocial en el paciente diabético debe ser parte del manejo. <sup>42</sup>

**Asociación Americana de Diabetes ADA 2014.**

Comenta es razonable incluir la evaluación psicológica y de la situación social del paciente como una parte del tratamiento médico de la Diabetes Mellitus.

- La detección y seguimiento de los problemas psicosociales pueden incluir (pero sin limitarse a esto) las actitudes acerca de la enfermedad, las expectativas acerca

del tratamiento médico, el afecto y el humor, la calidad de vida en general y la relacionada con la Diabetes Mellitus, los recursos (financieros, sociales y emocionales) y los antecedentes psiquiátricos. <sup>43</sup>

### ***5. Descripción de la naturaleza del problema.***

La diabetes mellitus es actualmente una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas de todo el mundo, una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y un fenómeno epidemiológico cada vez más recurrente en muchas naciones en desarrollo o recientemente industrializadas. El número estimado de adultos que viven con diabetes se ha elevado a 366 millones, lo cual representa el 8,3 % de la población mundial adulta. Se calcula que esta cifra aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas para 2030 o, lo que es lo mismo, el 9,9 % de los adultos, lo cual equivale a aproximadamente a tres nuevos casos de diabetes cada diez segundos. La diabetes ha costado al país 15 118 millones de dólares. El costo directo de su tratamiento fue de 974 millones de dólares. Se emplearon 1 108 millones en el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Sin embargo, el mayor porcentaje del presupuesto se destinó al pago de las complicaciones crónicas o los costos indirectos debidos a la incapacidad prematura y la mortalidad. En cuanto a la esfera social en el paciente, se aprecia un deterioro en las relaciones sociales, el hecho de tener hábitos de alimentación distintos lleva a las personas con diabetes a dejar de hacer ciertas actividades como asistir a reuniones o incluso, los otros dejan de invitarlos y la persona se siente relegada. <sup>44</sup>

La experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez este afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión,

preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán, por el incremento de los gastos y la reducción de ingresos, más aun cuando el principal proveedor de recursos es el enfermo. En etapas tempranas del padecimiento, el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad y el desarrollo de conductas que le permitan un control adecuado. Procurar una relación estrecha con los familiares, coadyuva al bienestar emocional y físico de los enfermos. Es evidente que el apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como en la adhesión del enfermo al tratamiento médico. Es evidente que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos acepten la enfermedad y se adaptan a ella, tanto las personas enfermas como sus familiares le dan gran importancia al apoyo familiar, lo refieren como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia, atender sus demandas, y refieren algunos de los beneficios que brinda el apoyo familiar como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda. Particularmente los familiares reconocen la importancia de mantener el equilibrio emocional en sus familiares y reconocen que el que un enfermo cuente con una red social como la familia, les favorece el apego a la terapéutica y por consiguiente favorece el control de su enfermedad. Si bien los enfermos hablan de que el apoyo familiar influye de manera positiva, también refieren una influencia negativa cuando la dinámica familiar no es favorable por ejemplo si no se recibe apoyo económico, el enfermo aprecia desinterés, pues para ellos parece ser que el aporte económico es una forma de ayuda que les permite sentir el interés de su familia hacia ellos. <sup>45</sup>

#### **6. Descripción de la distribución del problema**

Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad. Se debe promover la participación de los familiares de los pacientes, a fin de facilitar el manejo no farmacológico.

La mayor parte del cuidado de la diabetes depende de la persona con este padecimiento. La educación terapéutica debe incluir a la persona con diabetes y a su familia, motivándolos para propiciar estilos de vida saludables en su grupo social y familiar, con la finalidad de prevenir o retrasar la aparición de nuevos casos de diabetes. <sup>46</sup>

## ***7. Descripción de la gravedad del problema***

### **Magnitud:**

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales, la tarea psicosocial de la familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente. Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto, Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos. . Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones, Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la

homeostasis amenazada. La Diabetes Mellitus como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento para lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. Frente a la aparición de una enfermedad crónica, los integrantes de la familia no se afectan de igual manera, lo que dependerá de la actitud que mantengan; la cercanía afectiva al que tiene diabetes; el grado de compromiso que haya adquirido en la relación; las características individuales de la persona diabética. Cuando no se lleva a cabo un adecuado proceso de adaptabilidad y aceptación por parte del paciente y su familia, esto siempre contribuirá más a dificultar y empeorar el curso de la enfermedad del paciente. se caerá en la sobreprotección, dependencia y manipulación que en nada contribuyen y si dañarán a quien vive la situación de la diabetes, porque lejos de ayudarlo a sentirse capaz, lo llevará a experimentar sentimientos de minusvalía. <sup>47</sup>

**Trascendencia:**

Las reacciones de la familia ante la enfermedad de uno de sus miembros dependen de varios factores: tipo de familia, cultura y educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas acerca de la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento. En la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones influyen las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la. Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nuevas formas y a veces nuevos papeles, principalmente para prevenir nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar, a su vez, al familiar enfermo. En la medida en que se incorpore un “integrante de la familia” o “un cuidador” en el control y tratamiento del paciente diabético, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos y se logre acercar al paciente a su red social de apoyo, se conseguirá mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación con la enfermedad, se conseguirá mayor apego al tratamiento. El apoyo social es el conjunto de recursos sociales existentes que recibe un individuo en una determinada situación, que se perciben positiva o negativamente y que influyen en la evolución de cualquier enfermedad. La falta de apego al tratamiento de enfermedades crónicas es alto, apenas la mitad cumple con las indicaciones médicas cuando se esperarían que en los padecimientos agudos fuera cercano al 100%. Los pacientes diabéticos no se apegan al tratamiento por diversas causas; en la población general existe un bajo apego al cumplimiento del tratamiento prescrito y su medición no es fácil. El cambio en el estilo de vida es sumamente difícil, a veces por falta de apoyo en la familia o por el desconocimiento de la enfermedad, factores que impiden que el paciente diabético logre el control óptimo. Es indispensable fomentar la participación de la familia e involucrar al personal de salud para aceptar el compromiso con la enfermedad crónica.<sup>48</sup>

***10. Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema.***

Con fundamento al análisis de estudios previos los resultados encontrados, en los cuales son a nivel analítico la relación de niveles glucémicos con disfunción familiar, o los apoyos de la red familiar a los pacientes con diabetes con complicaciones de tiempo de evolución. En cuanto a adherencia al tratamiento existe discrepancia nivel descriptivo, aunado a poca evidencia en la funcionalidad familiar desde la perspectiva del paciente, aunada a un tratamiento con insulina en pacientes con diabetes. La implicación del entorno biopsicosocial que existe para



el paciente con uso de insulina, el entrenamiento, conocimiento del uso es de importancia significativa el apoyo de la familia.

Concha Toro y cols. (2010) en su estudio en que valoro la percepción funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados con el objetivo de determinar la relación entre funcionalidad familiar y presencia de eventos descompensatorios, encontraron como resultado que la disfunción moderada o severa, so un factor de riesgo frente a eventos de descompensación. **Reyes Luna y Cols. (2010)** en su estudio de cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas, mencionan que las enfermedades crónicas ponen en riesgo la vida de quien la sufre y alteran las actividades diarias de los otros integrantes de la familia autoras analizan las consecuencias de la enfermedad en las funciones orgánicas, sociales y emocionales en la vida del enfermo y su familia. **Rodríguez Moran y Cols. 1997** en su estudio de la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia observaron que en el control del paciente con diabetes intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia, como resultado se obtuvo que la información que tienen los familiares sobre la diabetes influye para el apoyo que otorgan al paciente. **Garay y cols. (1995)** su estudio el paciente diabético y sus emociones, concluyen que el apoyo social es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento, esto lleva a mejor control metabólico y pudieran retar o no presentarse las complicaciones propias de la enfermedad. **(Dawn2 Study) Diabetes Actitudes, deseos y necesidades 2013**, un estudio que tuvo como objetivo evaluar los resultados psicosociales en las personas con diabetes, La diabetes tuvo un impacto negativo en todos los aspectos investigados, que van desde el 20,5% en relación con la familia / amigos a 62,2% en la salud física. Aproximadamente el 40% de los participantes (18,6 a 64,9%) informó que su medicación interfería con su capacidad de vivir una vida normal y como conclusión ayudaron identificar y mejorar e impulsar cambios que mejoren los resultados de las personas con diabetes.

La búsqueda avanzada en los bases de datos como REDALYC, PUBMED, BVS, con las palabras claves de: funcionalidad familiar, disfunción familiar, diabetes

mellitus, diabetes mellitus con tratamiento de insulina, mencionando los resultados de la información recabada en este protocolo.

***11. Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizará para solucionar el problema.***

El estudio de la funcionalidad familiar en los pacientes con patologías crónicas degenerativas, hablamos que en la diabetes mellitus se encuentran varios niveles la mayoría de nivel analítico, en los cuales se relaciona el apego a tratamiento, descontrol de los niveles glucémicos, diferentes etapas de evolución en la enfermedad, y como la disfunción familiar repercute a las complicaciones de la diabetes, considerando que la patología de diabetes mellitus a es considerada un pandemia, el enfoque que se le da a los estudios sobre factores que alteran el curso de la enfermedad una de los más importantes es el apoyo de la red social en el entorno del paciente.

Hablamos en este estudio que los pacientes que a nivel descriptivo no se abordan la importancia que percibe el paciente de la funcionalidad familiar, como fundamental fuente de apoyo para que su tratamiento sea óptimo en cuanto el uso de la insulina se aborda. Creemos que la necesidad del paciente de percibir adecuadamente el apoyo de su red familiar, es trascender más información a nivel descriptivo de las áreas de oportunidad en un paciente con el uso de insulina, sin llegar a nivel analítico debido a que observamos la discrepancia de relación bidireccional de disfunción familiar con la alteración de la diabetes mellitus, o la preexistente disfunción familiar para alterar el curso de la diabetes mellitus. Por eso creemos en la importancia de realizar un estudio a nivel descriptivo del paciente con diabetes con tratamiento de insulina, sin la necesidad de relacionar alteración en control o secuelas de la diabetes.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes?

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las características socio–demográficas de los pacientes con Diabetes Mellitus con tratamiento de insulina.
2. Describir la adaptabilidad familiar en pacientes con Diabetes con tratamiento de insulina.
3. Describir la cohesión familiar en pacientes con Diabetes Mellitus con tratamiento de insulina.

## **HIPÓTESIS**

### ***Hipótesis alterna***

H1: Existe funcionalidad familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes

### ***Hipótesis nula***

H0: No existe funcionalidad familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes

### ***HIPÓTESIS ESPECÍFICAS***

#### **Hipótesis específica alterna**

H1.- Existe adaptabilidad familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes

H2.- Existe cohesión familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes

#### **Hipótesis específicas nulas**

H01.- No existe adaptabilidad familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes

H02.- No existe cohesión familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes

## MATERIAL Y MÉTODOS

### ***Diseño del estudio:***

Estudio observacional, transversal-descriptivo.

### ***Periodo del estudio:***

De Mayo 2015 a Octubre de 2016.

### ***Sede del estudio:***

La sede del estudio será la Consulta Externa de Medicina Familiar de la UMF No. 7 del IMSS en Aguascalientes, Aguascalientes.

Cabe mencionar que el Investigador principal se encuentra adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 7 y el Investigador asociado a la Unidad de Medicina Familiar No. 1, mismo que fue comisionado a la UMF No. 7 para realizar sus prácticas clínicas de tercer año de la residencia de medicina familiar, por lo que en este protocolo no participaran pacientes de la UMF No.1, ni se tomaran muestras o datos de esta unidad.

### ***Universo de estudio:***

Pacientes con diagnostico de Diabetes Mellitus, y tratamiento de insulina, que lleven su control en la UMF. No. 7 de Aguascalientes.

### ***Tipo de muestreo:***

Aleatorio por Conveniencia, captando todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus con manejo de insulina que acudan en el mes de Octubre 2016 a consulta en la UMF 7.

## *CRITERIOS DE SELECCIÓN*

### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes de ambos géneros
2. Mayores de 20 años, y hasta 80 años.
3. Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus.
4. Uso de tratamiento de insulina.
5. Que lleven el control de su enfermedad en la UMF. No. 7 de Aguascalientes, y con más de 6 meses de seguimiento.
6. Que acepten participar en el estudio mediante firma de carta de consentimiento bajo información.
7. Pacientes que acudan al servicio de consulta externa de medicina familiar para control de DM.
8. Pacientes que acudan en el mes de Septiembre para su control de DM.

### **Criterios de no inclusión:**

1. Pacientes analfabetas
2. Pacientes con disfunción intelectual
3. Pacientes con dificultades de comunicación
4. Pacientes que no acepten participar en el estudio

### **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes con datos clínicos, paraclínicos o cuestionarios incompletos
2. Pacientes que no firmen consentimiento informado
3. Pacientes que deciden abandonar su colaboración en el protocolo de estudio.

## **RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Instrumento:

FACES III

Validaciones y alfa de Cronbach

### **LOGISTICA**

Con la autorización del protocolo propuesto, se solicitó el permiso correspondiente al personal directivo de la UMF No. 7 IMSS Delegación Aguascalientes, se ubicaran a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con tratamiento con insulina al finalizar su atención médica, en el turno matutino y vespertino, solicitando la colaboración de los en el presente estudio, leyendo y solicitando la firma del consentimiento informado, y posterior se procederá a la aplicación del instrumento.

Para la descripción de la funcionalidad familiar, el instrumento Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar [FACES III] (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales).

La escala FACES III en su versión al español, contiene 20 preguntas: las 10 nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert del 1 al 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. El valor de alfa de Cronbach es de 0.70. Se contesta en 5 minutos. Los formularios que se emplean son fáciles de administrar y sencillos para puntuar.

Además, en todos los pacientes se obtendrá información socio-demográfica, el tiempo de evolución de la diabetes mellitus con uso de insulina.

Finalmente, se capturará la información y se llevará a cabo el análisis de la información en el programa SPSS v. 21.



## ***ANÁLISIS DE LA INFORMACION***

Los datos serán capturados en el programa SPSS v. 18 para Windows. A partir de los cuales se llevará a cabo un análisis descriptivo y otro inferencial de los datos cualitativos y cuantitativos según corresponda.

El análisis descriptivo de variables cualitativas se realizará con frecuencias y porcentajes. Mientras que el de variables cuantitativas se realizará con media y desviación estándar como medida de dispersión.

## ***ASPECTOS ÉTICOS***

Este trabajo de investigación se llevará a cabo de acuerdo al marco jurídico de la Ley General en Salud que clasifica la investigación como con riesgo mínimo.

También, el estudio se apegará a los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki (1964) y ratificados en Río de Janeiro (2014).

El protocolo será sometido para su evaluación y aprobación al Comité Local de Investigación en Salud (CLIES) No. 101. Del IMSS.

Se hará uso correcto de los datos y se mantendrá absoluta confidencialidad de los mismos. Todos los pacientes firmarán la carta de consentimiento informado para participar en el estudio.

## ***RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD***

### ***Recursos materiales***

- Expedientes físicos y electrónicos de los pacientes.
- Impresora, hojas, copias, lápices, borradores y carpetas.

**Recursos humanos**

- Dra. Erika Lorena Vega Silva,  
Médico Familiar.
- Dr. Rodrigo Hernán Hurtado Castellanos,  
Residente de 3er Año de la Especialidad en Medicina Familiar.

**Recursos financieros**

La papelería será proporcionada por los investigadores y no se requiere inversión financiera adicional por parte de la institución.

**Factibilidad**

Este estudio se puede llevar a cabo porque se tienen los pacientes, el material, equipo e infraestructura, así como la capacidad técnica en la UMF No. 7 del IMSS en Aguascalientes.

## RESULTADOS

Se evaluaron 145 pacientes de ambos sexos que acudieron a la UMF 7 de Aguascalientes, por el motivo de consulta control de DM con tratamiento de insulina, entre las edades de 35 a 80 años a los cuales se les aplicó el Test de Funcionalidad Familiar FACES III, de los cuales se obtuvieron las siguientes variables sociodemográficas la media de edad 57.34, mediana 57.0 con una desviación estándar (DE) +-11.927. (Tabla 1)

Tabla 1.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS			
	Media	Mediana	Desviación Estándar
Edad (años)	57.34	57.00	11.93

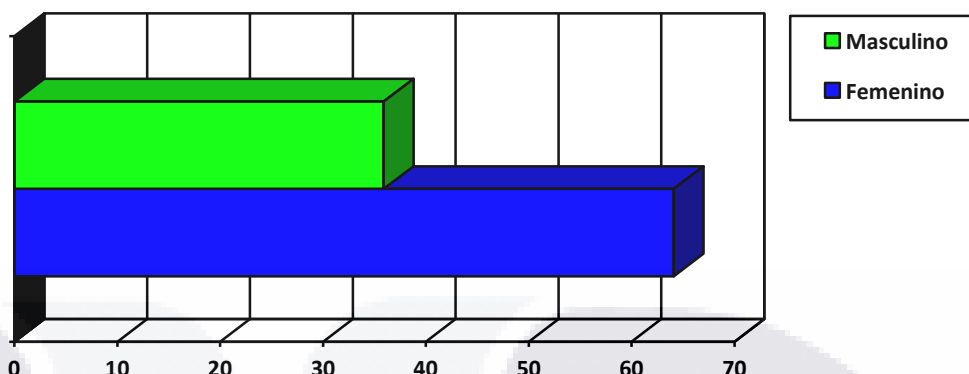
En la siguiente tabla expresamos los momios de resultados estadísticos sobre el género obtenidos de pacientes encuestados, el 64.1% fueron mujeres (n=93), hombres 35.9% (n=52). (Tabla 2).

Tabla 2.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE SEXO			
		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo	FEMENINO	93.00	64.10
	MASCUINO	52.00	35.90
	TOTAL	145.00	100.00

La siguiente grafica expresamos los porcentajes del sexo de los pacientes encuestados.

**Grafica 1. Porcentajes de sexo**

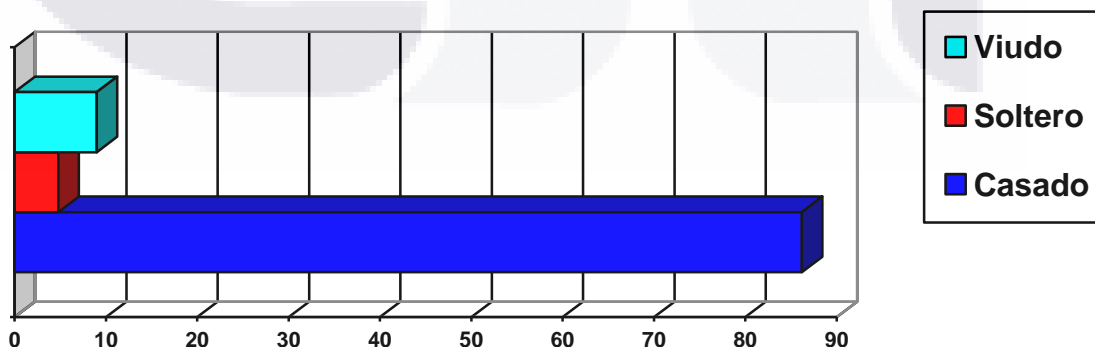


Las variables sociodemográficas los resultados pertinentes sobre el estado civil más frecuente corresponde a casados 86.2% (n=125).

Tabla 3.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE ESTADO CIVIL			
		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo	CASADO (A)	125	86.20
	SOLTERO (A)	7	4.80
	VIUDO (A)	13	9.00
	TOTAL	145	100

La siguiente grafica expresa los porcentajes de las variables del estado civil de los pacientes.



**Grafica 2. Porcentajes del estado civil.**

Los resultados estadísticos obtenidos como resultado de La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 10.84 años con una mediana de 8 años y DE (+8.167)

**Tabla 4.**

VARIABLES DE TIEMPO DE EVOLUCION			
	Media	Mediana	Desviación Estándar
Tiempo de evolución dela enfermedad (años)	10.84	8	8.17

Obtuvimos los resultados estadísticos en cuanto a la calificación en puntajes la cohesión presento una media 42.54, mediana 42.0 con una DE (+3.2),

**Tabla 5.**

CALIFICACION CUANTITATIVA COHESION			
	Media	Mediana	Desviación Estándar
COHESION	42.54	42	3.10

Para la valoración de adaptabilidad como dimensión de funcionalidad familiar obtuvimos los siguientes resultados estadísticos una media 29.19, mediana 30.0, DE (+4.35).

**Tabla 6**

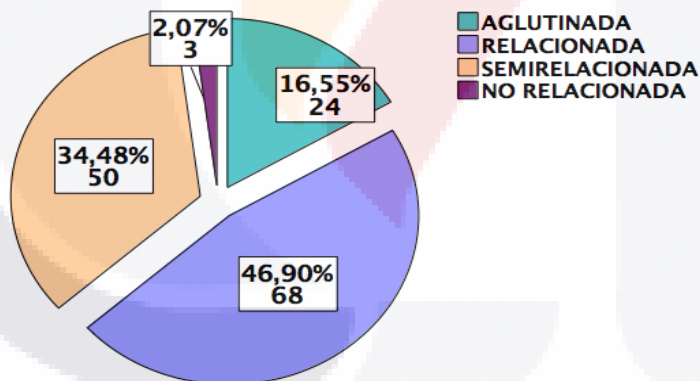
CALIFICACION CUANTITATIVA ADATABILIDAD			
	Media	Mediana	Desviación Estándar
ADAPTABILIDAD	29.19	30	4.35

Los resultados estadísticos para la en cuanto a los resultados cualitativos para la cohesión: La prevalencia de familia relacionada fue de 46.9% (n=68), Semirrelacionada 34.5% (n=50)

**Tabla 7.**

PREVALENCIAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. COHESION			
		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
COHESION	Aglutinada	24	16.60
	Relacionada	68	46.90
	Semirrelacionada	50	34.50
	No Relacionada	3	2.10
	Total	145	100.00

En la siguiente grafica se expresan los momios de porcentajes y frecuencia de los resultados en cohesión según la calificación.



**Grafica 3.**

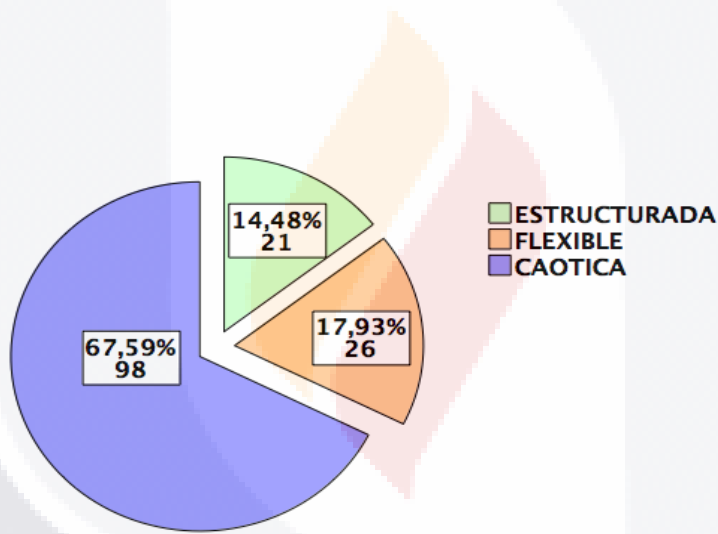
**Tipología familiar en cohesión.**

Los resultados estadísticos para la adaptabilidad están expresados en la siguiente tabla y gráfica: la prevalencia de familia caótica fue 67.6% (n=98).

**Tabla 8.**

PREVALENCIAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR ADAPTABILIDAD			
		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
ADAPTABILIDAD	Estructurada	21	14.50
	Flexible	26	17.90
	Caótica	98	67.60
	Rígida	0	0.00
	Total	145	100.00

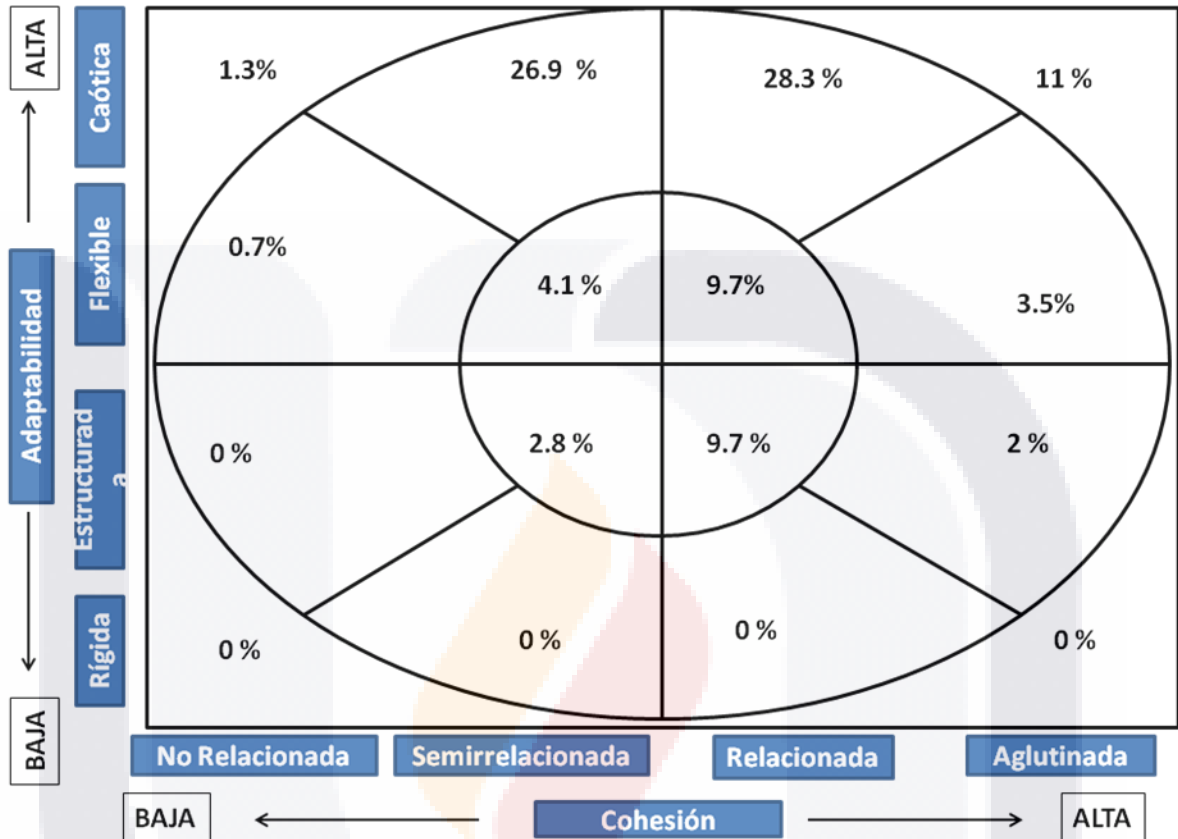
La adaptabilidad en la siguiente grafica se expresa los momios de frecuencia y porcentajes.



**Grafica 4.**  
Tipología familiar de adaptabilidad.

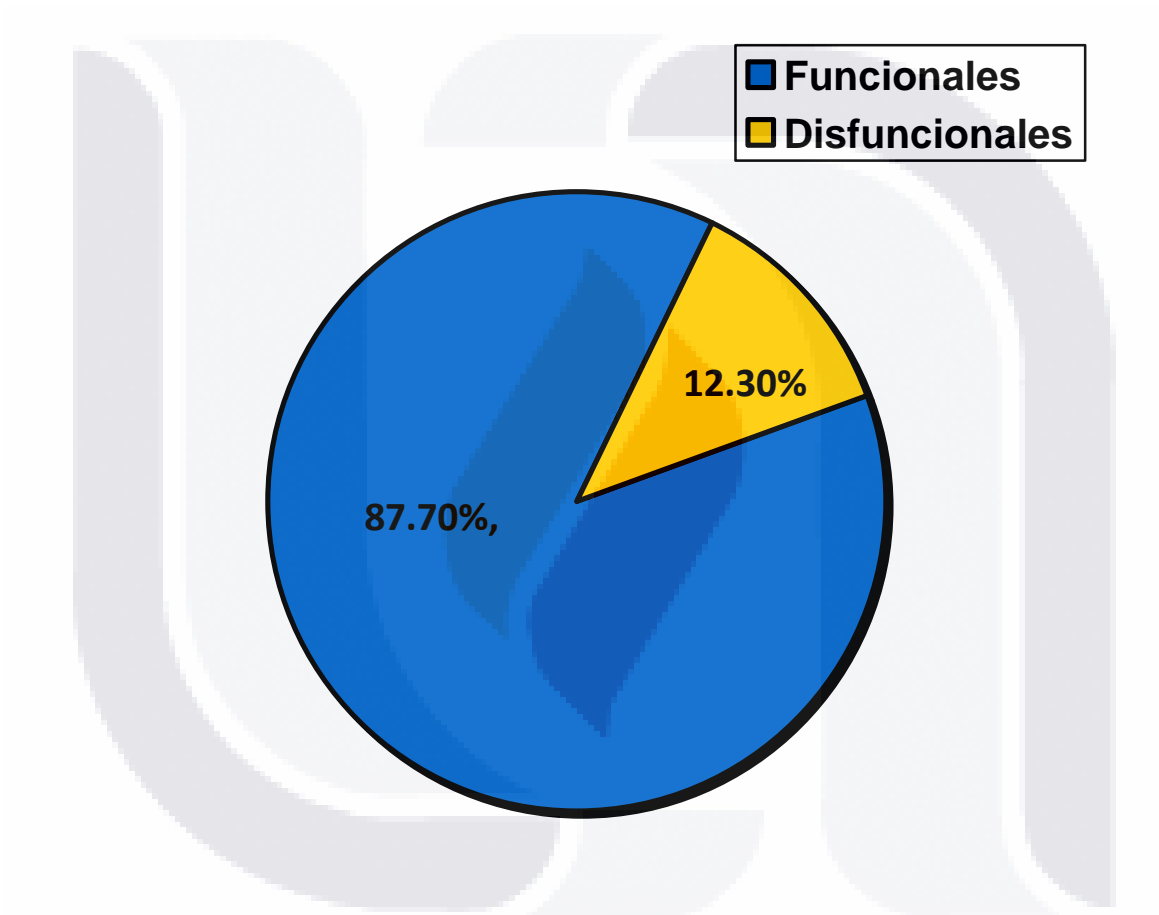


En cuanto a las tipologías familiares según las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, tenemos los porcentajes de funcionalidad familiar en la siguiente grafica expresada en porcentajes.



Grafica 5. Modelo circunflejo de los sistemas maritales y familiares.

Los resultados de los porcentajes de las posibles combinaciones en la tipología familiar según el grado de funcionalidad familiar correspondiente en el modelo circunflejo de sistemas, obtuvimos un una sumatoria de los porcentajes de frecuencia de 87.7%, de las familias de los pacientes son funcionales, y el 12.3% de las familias se consideran disfuncionales.



**Grafica 6.**  
**Porcentaje Funcionalidad familiar.**

## DISCUSION

Nos referimos a una discusión sobre los resultados en la funcionalidad familiar, analizándola los resultados de los porcentajes encontramos basados a los resultados en la interpretación al modelo circunflejo de sistemas maritales, este documentado por el Dr. Olson tomando encuentra las combinaciones de resultados de la combinación de pacientes con familia caótica – No relacionada en cantidad de 2 en porcentaje de 1.3%, y la combinación de caótica – aglutinada en cantidad 16 en porcentaje de 11%, además de la las combinaciones no relacionada – rígida con porcentaje de 0%, aglutinada – rígida 0%, siendo la interpretación de estas combinación y porcentajes como familias disfuncionales, con un total de 12.3%.

En relación a la interpretación de los porcentajes obtenidos de las combinaciones para familiar funcionales ilustrada en (Tabla Circulo), nos arroja una sumatoria de 87.7%, lo cual demuestra por las dimensiones y sus significados de la funcionalidad familiar los pacientes con diabetes Mellitus con tratamiento con insulina en su mayor porcentaje como funcionales.

Con apoyo en el estudio de Reyes Luna y Cols. (2010) que Realizaron un estudio de cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas , podemos deducir que el paciente con diabetes Mellitus a pesar de su tipo de tratamiento con insulina además de su tiempo de evolución, la dimensiones que el instrumento de FACES III mide, apoya el análisis que el mayor porcentaje de la percepción del paciente acerca de su familiar es funcional directamente relacionado al apoyo con su patología, siendo la cohesión y adaptabilidad de vital importancia en los cambios de cotidianidad familiar, al paciente con diabetes Mellitus con tratamiento de insulina.

En correlación con el estudio realizado por García-Leetch, E. (2009) de “Funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer cervico-uterino y factores asociados”, el objetivo de determinar el grado de funcionalidad en pacientes con diagnóstico de esta patología, similarmente se valoro por medio del FACES III, además de otros, pero los resultados similares evaluaron la funcionalidad familiar, en base al FACES III, el subsistema conyugal reveló que 42.2% son funcionales ( $p < 0.05$ ). Similar a nuestro estudio revela el mayor porcentaje de funcionalidad familiar adecuada siendo nuestro estudio la tipología familiar más frecuente según el sistema circunflejo de sistemas maritales y familiares la combinación de caótica relacionada interpretada como extrema pero funcional. Apoyando nuestro estudio que a pesar de un diagnóstico de una patología crónica en tratamiento, y con necesidad de apoyo familiar, por lo siendo en ambos de estudios toman en cuenta el sistema circunflejo de sistemas conyugales y familiares como el mejor para evaluar las dimensión de una familia funcional en pacientes con patologías crónicas.

Con referencia al estudio que realizaron Sainos-López (2014) de “Funcionalidad familiar en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia”, similar a nuestro estudio determinaron la funcionalidad familiar con FACES III, obtuvo una media para la edad de 20.4 años, en cuanto al tiempo de diagnóstico una media de 11.73 meses; mediante el FACES III, se observó el 50% de las familias en rango extremo, lo que indica disfunción familiar, y con un 16.7% como balanceadas, que indica funcionalidad familiar. En nuestro estudio obtuvieron la variable sociodemográficas de la media de edad 57.34, mediana 57.0, La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 10.84 años con una mediana de 8 años, en contraste a nuestro estudio el mayor porcentaje se presentan tipificadas en balance considerada como funcional familiar adecuada representada en 61.4%, sin embargo contrario a la patología aquí descrita la diabetes Mellitus con tratamiento con insulina lleva un tratamiento crónico, a lo que incluye un tiempo de evolución, la familia del paciente se denota por la media de

tiempo de evolución da más posibilidad de cohesión y adaptabilidad sea balanceada y considerada funcionalidad familiar buena.

Por consecuencia el análisis de detallado de con la interpretación del sistema circunflejo de sistemas conyugales y familiares obtuvimos En cuanto a la calificación en puntajes la cohesión presento una media 42.54, mediana 42.0 con una DE (+3.2), para el puntaje obtenido en la adaptabilidad la media 29.19, mediana 30.0, DE (+4.35). En cuanto a los resultados cualitativos para la cohesión: La prevalencia de familia relacionada fue de 46.9% , Semirrelacionada 34.5% ,la aglutinada 16.6% y la no relacionada de 2.1%, como conclusión la más frecuente encontrada entre los pacientes diabéticos con tratamiento de insulina en la dimensión de cohesión seria la Relacionada, en cuestión a los resultados estadísticos obtenidos para la adaptabilidad: la prevalencia de familia caótica fue 67.6% la de mayor frecuencia en porcentajes obtenida en el análisis estadísticas, continuando la flexible con 17.9%, estructurada 14.5%, y tipología rígida en porcentaje dada frecuencia de 0%. Posteriormente el análisis basados en el modelo circunflejo, la mayor combinación en la tipología familiar en porcentaje de frecuencia caótica-relacionada en expresión de 28.3%, considerada como balanceada y funcional, dentro de la misma consideración encontramos las combinaciones semirreacionada-caotica con 26.9%, aglutinada-flexible 3.5%, aglutinada-estructurada 2%, todas estas combinaciones dentro de las balanceadas consideradas funcionales siendo el porcentaje de más alto de 61.4%; además de presentar la combinaciones funcionales como los son la flexible-relacionada 9.7%, misma cifra de estructurada-relacionada 9.7%, ambas de mayor frecuencia como altamente funcional, y flexible-Semirrelacionada 4.1% y estructurada-Semirrelacionada de 2.8%, dando un total de 26.3% como tipología de alta funcionalidad familiar. En cuanto a resultados de análisis estadísticos de las tipologías extremas consideradas no funcionales solo encontramos dos con presencia de frecuencia, siendo la tipología de caótica-aglutinada con 11% la más frecuente en porcentaje de aparición, y la combinación de caótica-no relacionada con 1.3%, el resto de las combinación sin aparición de porcentajes. Expresado un total de 12.3% de tipología familiares consideradas en extremo y por lo tanto no

funcionales. Posterior a la interpretación de la información estadística, sabemos que nuestro estudio reporta en su mayor porcentaje encontrar que los paciente con diabetes Mellitus con tratamiento de insulina como familias funcionales por las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Además debemos comentar de las variables sociodemográficas es de llamar la atención que la edad media de los pacientes encuestados fue 57.34 años, y siendo el sexo femenino con 64.1% en porcentaje de frecuencia de predominio en los pacientes encuestados, y con 86.2% de aparición el estado civil casado el de predominio en el estudio, y por ultimo mencionar la media de la variable el tiempo de evolución de la patología de 10.84 años, y una mediana de 8 años. Con estas cifras estadísticas podemos mencionar la tendencia a la importancia del tiempo de evolución y promedio de edad como posibles factores directamente relacionado con este resultado alto de prevalencia de funcionalidad familiar en los pacientes con diabetes Mellitus con uso de insulina como tratamiento.

#### ***LIMITACIONES DEL ESTUDIOS***

No se encontraron limitaciones, o alguna situación que pudiera sesgar nuestro estudio.

#### ***RECOMENDACIONES***

Dentro de lo observado y analizado dentro de este estudio realizado a una patología como es la diabetes Mellitus una de las patologías de mayor demanda de atención medica en los servicio de salud tanto de urgencias como de consulta externa en medicina familiar para su control y seguimiento, se recomienda en el primer nivel de atención atender o buscar el enfoque del paciente con uso de tratamientos como la insulina buscar evaluar su funcionalidad familiar, independiente de su tiempo de evolución con la patología y de su edad, siendo esta una estrategia para ligar a un paciente a su buen apego a su tratamiento, y seguimiento al control de su patología crónica, y en caso de encontrar datos sugestivos a disfuncionalidad de su familia, atender a esa necesidad y derivar o atender a dicha situaciones que podría poner en peligro su control y adecuado de

su tratamiento en una patología crónica tan importante en nuestro tiempo actual, debido a sus múltiples complicaciones en caso de no estar en adecuado control, si es necesario dar tratamiento nuevo o modificar el mismo al detectar que el paciente pueda tener desapego a un tratamiento como es la insulina, mismo que demostramos en este estudio la importancia para un paciente es tener una percepción de una familia funcional que lo apoya. Además de buscar que el médico de primer nivel tenga el compromiso de no nada más detectar una posible disfunción familiar, sino también en atender a la familia del paciente con la intención de extender una mejor calidad de atención medica global de nuestro paciente con diabetes Mellitus con tratamiento de insulina. Y encontrar aéreas de oportunidad para mejorar la atención y por consiguiente el control de los pacientes crónicos degenerativos, que en este estudio nos enfocamos en diabetes Mellitus como tema prioritario en salud mismo problema que se considera endémico en México. Y en si defecto en caso de detectar todas estas variables, y lograr descartarlas como un posible causa de descontrol o mal apego a tratamiento de la patología crónica, derivar o buscar un tratamiento multidisciplinario optimo de nuestro paciente. Y sobre todo darle la importancia que tiene en el primer nivel de atención para el médico familiar encontrar una posible disfunción familiar del paciente crónico degenerativo, porque la recomendación principal sería hacer rutinario una evaluación de funcionalidad familiar de cada paciente con similitudes a variables encontradas en nuestro estudio, como lo es el tratamiento de insulina, el tiempo de evolución de patología y la edad del paciente.

## **CONCLUSIONES**

Podemos concluir de nuestro estudio observacional en paciente diabéticos con tratamiento de insulina de la unidad médica familiar número 7 del IMSS en la delegación de Aguascalientes, que las variables sociodemográficas, que los participantes en este estudio, que el sexo Femenino fue el más frecuente en



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

porcentaje de 64.1%, con una media en la edad de 57 años, y referente al estado civil más frecuente de los pacientes fueron casados en un 86.2 %, y por ultimo de las variables encontramos que la media de tiempo de evolución de la enfermedad fue de 10.84 años.

En cuanto a los resultados de los porcentajes de las tipología familiares , las combinaciones en la tipologías familiares consideradas como balanceadas y funcionales dando una sumatoria de los porcentajes de frecuencia de 87.7%, por lo tanto podemos dar por aceptada nuestra hipótesis alterna la cual menciona que existe funcionalidad familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la unidad de medicina familia No. 7 IMSS de la delegación Aguascalientes como tipología de alta funcionalidad familiar, en base al modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, y solo el 12.3% de las familias fueron disfuncionales.

Además podemos concluir con estos resultados que nuestras hipótesis específicas alternas siendo la numero 1 aceptada la cual menciona, que eexiste adaptabilidad familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes; esto basados en los resultados estadísticos de el porcentaje 67.6% de tipología caótica, considerada como alta adaptabilidad dentro de las dimensiones para la funcionalidad familiar en el sistema circunflejo de sistemas. Por último tenemos la hipótesis alterna numero 2 la cual menciona que eexiste cohesión familiar en pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°.7, delegación Aguascalientes, esto basados en los resultados estadísticos de el porcentaje 46.9% de tipología familiar relacionada, considerada como alta cohesión dentro de las dimensiones para la funcionalidad familiar en el sistema circunflejo de sistemas ambas calificadas tanto cualitativamente como cuantitativamente por el instrumento FACES III. Siendo la dimensión de adaptabilidad la dimensión de más alta calificación para concluir que las funcionalidad familiar existe en nuestros pacientes con diabetes Mellitus con tratamiento de insulina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 García Leetch E, Hernández Cruz SL. Funcionalidad familiar en pacientes con cáncer cervico uterino y factores asociados. Tesis postgrado. Orizaba Veracruz, México 2009.

2 Rodríguez Mónica. Funcionamiento familiar desde la percepción del paciente alcohólico y sus familiares. Lic. Noy. La Habana, Cuba. 2011.

3 Sainos-López D, Sánchez-Morales MT, Vázquez-Cruz E, Gutiérrez-Gabriel I. Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nervosa e bulimia. México DF. 2015, 22 (2); 54-57,

4 Reyes Luna AG, Garrido Garduño A, Torres Velázquez LE y Ortega Silva P. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Psicología y Salud, 2010, 20 (1); 111-117.

5 El mundo emocional del paciente diabético. Dra. Garay Sevilla ME. concyteg.gob.mx/. Ciudad de México. Febrero 2006.

6 Martínez-Pampliega A, Joseba Iraurgi EG, Sanz M. Familia Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2006, 6, (2); 317-338.

7 Resistencia psicológica a la insulina: ¿Qué es lo que más temen los pacientes y los profesionales de la salud? Dr. Frank Snoek. Profesor Adjunto de Psicología Médica y Especialista en Psicología Clínica del equipo sanitario de diabetes en el Centro Médico de la Vrije Universiteit, Amsterdam, Holanda. Diabetes Voice •2001,46 (3).

8 RODRIGUEZ-MORAN M, and GUERRERO-ROMERO JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud pública Méx[online]. ISSN 0036-3634. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341997000100007>. 1997,39, (1);44-47

9 Dra. Garay Sevilla ME. El paciente diabético y sus emociones. Universidad de Guanajuato. Instituto de Investigaciones Médicas. 20 de enero 929, col Obregón León, Gto. 2005.

10 Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México) E.R. Ponce Rosas , F.J. Gómez Clavelina , M. Terán Trillo , A.E. Irigoyen Coread y S. Landgrave Ibáñez. Aton Primaria 2002, 30 (10); 624-630.

11 A. Nicolucci , K. Kovacs Burns , R. I. G. Holt , M. Comaschi , N. Hermanns , H. Ishii , A. Kokoszka , F. Power , S. E. Skovlund , H. Stuckey, I. Tarkun, M. Vallis, J. Wens and M. Peyrot on behalf of the DAWN2 Study Group\*. Research: Educational and Psychological Issues Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2TM): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. DIABETIC Medicine DOI: 2013, 10(11)12245.

12 de Santiago-Nocito A. Definición, clasificación clínica y diagnóstico de la diabetes Mellitus. SEMERGEN. 2010. [Consultado el: 28 de febrero de 2016] Disponible en:[http://www.hospitalprivadosa.com.ar/especialidades/diabetologia/descarga/definicion\\_curso.pdf](http://www.hospitalprivadosa.com.ar/especialidades/diabetologia/descarga/definicion_curso.pdf)>.

13 Iglesias R, Barutell L, Artola S, Serrano R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Diabetes Práctica 2014; 5(2):1-24.

14 ADA. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care 2016; 39(1):13-23.

15 Dirección General de Epidemiología. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 2012. [consultado 28 febrero 2016]. Disponible en:<[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig\\_epid\\_manuales/10\\_2012\\_Manual\\_DM2\\_vFinal\\_31oct12.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/10_2012_Manual_DM2_vFinal_31oct12.pdf)>.

16 Dirección General de Epidemiología México Boletín Epidemiológico Diabetes Mellitus tipo 2 primer trimestre-2013 [consultado 21 JUNIO 2016]. Disponible en:<[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol\\_diabetes/dm2\\_bol1\\_2013.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf)>.

17 Aguilera N. Comentarios a la ENSANUT 2012. Sal Publ Méx. 2013; 55(2):347-354.

18 Kuri Morales P, Álvarez Lucas C, Lavalle González F. Uso de insulinas en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2. Proyecto de modificación norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes Mellitus. 2007 18 (2); 57 -86.

19 Aceptación y barreras para el inicio y la intensificación del tratamiento con insulina. MONTANYA MIAS E. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Bellvitge. IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España. Endocrinol Nutr. 2007, 54(3);17-22

20 Organización mundial de la salud serie de informes técnicos. Índices estadísticos de la salud de la familia. Ginebra 1976, 587.

21 Conceptos Básicos para el estudio de las familias. Archivos de medicina familiar. 2005; 7 (1) pp 15-19.

22 Anzures Carro R. y cols. Medicina Familiar. 1 ed. México DF Editorial corinter. 2008.1; 10-15.

23 Huerta G. JL. Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad 1ª edición México DF. Editorial Alfil, 2005.

24 Modelo circunflejo. [Martínez Pampliega A, cols. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2005, 6 (2).

25 Dra. Osorio Rodríguez A, Dr. Álvarez Mora A, Salas Chávez A, Torres Martínez R, Icaza Gurdíán C, Marianne Carballo R. INTRODUCCIÓN A LA SALUD FAMILIAR. 2004.

26 Cogollo Z, Gómez E, De Arco O Ruiz I, Campos-Arias. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Rev. Colombia. Psiquiatría. 2009, 38 (4): 637-644.

27 Sánchez RA, Pedraza AAG Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos Rev. Esp Med Quir 2011; 16(2):1-8.

28 Takenaka H, Sato J, Suzuki T, Ban N. Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. Biopsychosoc Med. 2013; 7(1):9-13.

29 Trief PM, Himes CL, Orendorff R, Weinstock RS. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. Diabetes Care. 2001; 24(8):1384-1389.

30 MC, Rodríguez CR, Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Theoria, 2010; 19 (1): 41-50.

31 Méndez López DM, Gómez López VM, García Ruiz ME, Pérez López JH, Navarrete Escobar A. Disfunción familiar y control del pacientes diabético tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; (4): 281-284.

32 Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. 1999. (45-46-47)

33 Hernández-Ávila M, DSc, Gutiérrez JP, PhD, Nancy Reynoso-Noverón, DSc. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. salud pública de México 2013, 55 (2).

34 Acosta Ramírez LP, García Barrón A y Saldaña Valero K. Concepciones culturales sobre insulino terapia de pacientes diabéticos tipo 2. RESPYN revista Salud Publica y Nutrición. 2012, 13(1).

35 DIFICULTADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD: SENTIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS. Siqueira Péres D, dos Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Rev Latino-am Enfermagem 2007, 15(6).

36 Crivello MC. IMPLICANCIAS Y CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA SOBRE EL GRUPO FAMILIAR. Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. 2013, 30 (24-36); 1515-1182.

37 Rolland J.S. Familias, Enfermedad y Discapacidad 1 Ed. Barcelona. España. 2000; 15-45.

38 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México en cifras, informe nacional por entidad federativa y municipios. Online 2016. Available from. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=01>.

39 ARIMAC Acceso a derechohabientes población adscrita UMF# 7 . Acceder Aguascalientes. IMMS 2016.

40 Sánchez Aguilar L, Vega Malagon G, Terrazas Rodríguez L. Funcionalidad familiar en pacientes con y sin diabetes mellitus tipo II en una unidad de primer nivel de atención del imss. Universidad autónoma de Querétaro, Facultad de Medicina. 2013.

41 Hernández Ávila M, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. NORMA Oficial Mexicana

NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 2010.

42 Catalogo Maestro de Guías de Practica Clínica IMSS-). : Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II. Primer Nivel de Atención. Evidencias y recomendaciones  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>. 2014; 718-14.

43 Iglesias González R, Barutell Rubio L, Artola Menéndez S, Serrano Martín R. Las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. 2014 (2):1-24.

44 MSc. Concepción López R, Dr. Cs. Ávalos García MI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Towards the social perspective-oriented analysis of diabetes mellitus. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(2) 331-345.

45 Tejada Tayabas LM. Grimaldo Moreno BE, Maldonado Rodríguez O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. México. Rev Salud Pública y Nutrición. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/index.html>. 2007;7(1)

46 MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. 1999

47 Cifuentes R.J, Nivia Yefi Q. La familia Apoyo o Desaliento para el paciente diabético. Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción, (2005). 10; 1-5,.

48 Hernandez-Nava JA, Rodriguez-Bustos B, Sierra-Torres. El paciente diabético y su entorno familiar y social. Sx Cardiometabólico Diabetes. 2014, 1; 38.

## ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A continuación, se presenta el cronograma de actividades.

<b>Cronograma de actividades</b>				
<b>ACCIONES A REALIZAR</b>	Enero- Febrero	Marzo- Junio	Julio- Octubre	Noviembre – Diciembre
<b>1.- Búsqueda de bibliografía</b>	X			
<b>2.- Diseño del protocolo</b>		X		
<b>4.- Aprobación del protocolo</b>			X	
<b>5.- Desarrollo del protocolo</b>			X	
<b>6.- Análisis de datos y presentación de resultados</b>				X



## ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p>
	<p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b></p>
<b>Nombre del estudio:</b>	<p>“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE PACIENTES CON DIABÉTES EN TRATAMIENTO DE INSULINA, ADSCRITOS A LA UMF 7 DELEGACION AGUASCALIENTES”</p>
<b>Lugar y fecha:</b>	<p>Aguascalientes, México. a de 2016.</p>
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	<p>Este estudio se llevará a cabo en la UMF No. 7 De Aguascalientes, con el objetivo de describir la funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus con tratamiento de insulina.</p>
<b>Procedimientos:</b>	<p>Si usted acepta participar deberá contestar el instrumento, que en este caso consiste en un cuestionario, que consta de 20 reactivos relacionados a cohesión y adaptabilidad de la función familiar. La interpretación de cada pregunta tendrá un valor o puntaje ya establecido, que será concluyente. Según los puntajes se incluirán en los diferentes grupos.</p>
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	<p>No hay riesgos para su salud, ni para los integrantes de su familia al participar en este estudio. No existe posibilidad de presentar molestias físicas, debido a que solo deberá contestar preguntas referentes a la relación con su familia.</p>
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	<p>Su participación en el estudio será de utilidad para describir la funcionalidad familiar, en paciente con enfermedades crónicas degenerativas, siendo diabetes mellitus con tratamiento de insulina, de específico interés. Los beneficios proyectados para su participación en este estudio, será el diagnóstico con orientación para el tratamiento de la función de su familia.</p>
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	<p>Al finalizar el estudio de investigación, se brindará la información relacionada con los resultados obtenidos de manera individual, para una posible orientación para el terapéuticas para las deficiencias obtenidas en la funcionalidad familiar.</p>
<b>Participación o retiro:</b>	<p>Tendrá plena autoridad y libertad para abandonar o negarse a contestar los reactivos de los instrumentos, o abandonar su participación en este estudio.</p>
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	<p>Los datos o la información obtenida, únicamente con el propósito de describir las variables de utilizadas en este estudio, su colaboración y datos que nos proporcione también serán incluido en un análisis estadístico que nos será útil en los resultados del estudio que inferimos. La información que usted nos proporcione, y el análisis que se obtengan, serán de uso exclusivo para en análisis en este estudio, sin revelar datos personales a terceras personas, estarán en resguardo en instituciones universitarias, con accesos restringido a personal médico, y no podrán ser manipulados o alterados, únicamente con fines científicos.</p>
<b>Beneficios al término del estudio:</b>	<p>Describir la funcionalidad familiar del paciente diabetico con tratamiento con insulina.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>	
<p>Investigador Responsable: Colaboradores:</p>	<p><u>Dra. Erika Lorena Vega Silva. Teléfono:4491643897. Matrícula: 99011454. UMF 7 Ags.</u> <u>Dra. Rodrigo Hernán Hurtado Castellanos Teléfono: 4491863487 Matrícula: 991425095 UMF 1 Ags.</u></p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a></p>	

<p>_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</p>
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>

**Clave: 2810-009-013**



**ANEXO 3. INSTRUMENTO DE FACES III.**

<p><b>FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).</b>  <b>Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen</b></p>				
<p>Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:</p>				
Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
<p>Describa a su familia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si ____</li> <li>2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas ____</li> <li>3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia ____</li> <li>4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina ____</li> <li>5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos ____</li> <li>6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad ____</li> <li>7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia ____</li> <li>8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas ____</li> <li>9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia ____</li> <li>10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos ____</li> <li>11.- Nos sentimos muy unidos. ____</li> <li>12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones. ____</li> <li>13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente. ____</li> <li>14.- En nuestra familia las reglas cambian. ____</li> <li>15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia ____</li> <li>16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros. ____</li> <li>17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones. ____</li> <li>18.- En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad ____</li> <li>19.- La unión familiar es muy importante ____</li> <li>20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar ____</li> </ol>				
<p>Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE y Landgrave Ibañez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630.</p>				

**ANEXO 4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

Variable	Definición operacional	Escala de medición de la variable	Unidades de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona al momento de la inclusión en el estudio	Cuantitativa discreta	Años
Género	Condición orgánica, masculina o femenina del paciente	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Tiempo de evolución de la diabetes	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la diabetes mellitus hasta la evaluación clínica	Cuantitativa discreta	Años
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia,	Cualitativa	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
Tipo de tratamiento farmacológico	Clase de fármacos que el paciente tiene prescritos para el control de la diabetes mellitus	Cualitativa nominal	Hipoglucemiantes orales Insulina

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	ESCALA DE VALORACION	ITEMS	TIPO DE VARIABLE
ADAPTABILIDAD	Se define como la habilidad de la familia para cambiar su estructura jerárquica, los roles y las reglas, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo familiar.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rígida: Predomina el autoritarismo, la disciplina es estricta, los roles están estrictamente definidos, no existe posibilidad de cambio.</li> <li>2. Estructurada: El liderazgo es autoritario, algunas veces se comparte, la disciplina es algo democrática, los roles son estables y cambian cuando se necesita.</li> <li>3. Flexible: El liderazgo es</li> </ol>	<p>10 a 19 puntos</p> <p>20 a 24 puntos</p> <p>25 a 29 puntos</p>	<p>2 En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas</p> <p>4 - Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina</p> <p>6 Cualquiera miembro de la familia puede tomar la autoridad</p>	CUANTITATIVA ORDINAL

		<p>compartido , la disciplina es democrática, los roles se comparten y se cambian cuando es necesario, algunas reglas cambian.</p> <p>4. - Caótica: No existe un líder, hay cambios dramáticos de los roles, la disciplinas prácticamente no existe, lo único constante aquí son los cambios</p>	<p>30 a 50 'puntos</p>	<p>d</p> <p>8 Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas</p> <p>10 - Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.</p> <p>12 - En nuestra familia los hijos toman las decision es.</p> <p>14 - - En nuestra familia las reglas cambian</p>	
--	--	--	------------------------	--	--

				<p>.</p> <p>16 . Intercam biamos los quehacer es del hogar entre nosotros</p> <p>.</p> <p>18 - En nuestra familia es difícil identific a r quién tiene la autorida d.</p> <p>20 - Es difícil decir quién hace las labores del hogar.</p>	
--	--	--	--	--	--



<p><b>COHESION</b></p>	<p>Se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. De tal forma que evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella</p>	<p>1. Dispersa: Separación emocional y afectiva extrema, falta de lealtad familiar, sin interacción entre sus integrantes, toma de decisiones de forma independiente, intereses distintos.</p> <p>2. Separada: Separación emocional, de forma esporádica se manifiesta lealtad familiar presenta límites claros, el tiempo individual es importante pero se pasa parte</p>	<p>10 A 34 puntos</p> <p>35 a 40 puntos</p>	<p>1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si</p> <p>3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.</p> <p>5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos</p> <p>7. - Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no</p>	<p>CUANTITATIVA ORDINAL</p>

		<p>del tiempo juntos, con espacios separados compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente o en conjunto, los intereses son distintos.</p> <p>3. Conectada: Existe cercanía emocional, se espera lealtad familiar, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, con límites claros, la necesidad de separación es respetada, toma de decisiones en forma conjunta,</p>	<p>41 a 45 puntos</p>	<p>son de nuestra familia.</p> <p>9. - Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.</p> <p>11. - Nos sentimos muy unidos.</p>	
			<p>46 a 50</p>		

		<p>intereses comune.</p> <p>4. Aglutinada: Extrema cercanía emocional, demanda lealtad familiar, la dependencia entre sus integrantes es marcada, se dan coaliciones, falta de separación personal, están juntos la mayor parte del tiempo, las decisiones son grupales.</p>	<p>puntos</p>	<p>13. - Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.</p> <p>15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia</p> <p>17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.</p> <p>19.- La unión familiar es muy importante,</p>	
--	--	--	---------------	---	--